Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

Белорусская Советская Социалистическая Республика.

Октябрь-Ноябрь 1924 г., т. № 2—3. I-й год издания.

Белорусская Медицинская Мысль

журнал, посвященный вопросам социальной гигиены, биологии, клинической и экспериментальной медицины.

ПОД РЕДАКЦИЕЙ { Е. Ю. ЗЕЛИКСОНА и М. Б. КРОЛЯ.

Изд. НКЗ Белоруссии.

Минск, 1924 г.

Белорусская Медицинская Мысль.

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ

журнал, посвященный вопросам социальной гигиены, биологии, клинической и экспериментальной медицины.

ОТДЕЛЫ:

1. Строительство Здравоохранения.
2. Профессиональная гигиена и Охрана Труда.
3. Санитария, Гигиена и Микробиология.
4. Биология и Экспериментальная Медицина.
5. Клиническая Медицина.
6. Обзоры и рефераты.
7. Рецензии и Библиография.
8. Хроника.

АДРЕС РЕДАКЦИИ: Революционная 2, 2-й этаж, ком. 2, тел. 414.

Цена отдельного номера 2 рубля.

Пролетарии всех стран, соединяйтесь!

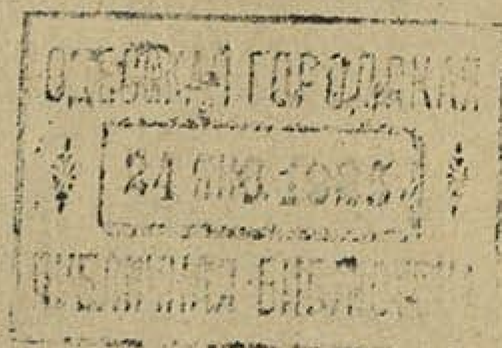
Белорусская Советская Социалистическая Республика.

Октябрь 1924 г. т. I. № 2. I-й год издания.

Белорусская
Медицинская Мысль

журнал, посвященный вопросам социальной гигиены, биологии, клинической и экспериментальной медицины.

ПОД РЕДАКЦИЕЙ Е. Ю. ЗЕЛИКСОНА. и М. Б. КРОЛЯ.



ИЗДАНИЕ
НКЗ БЕЛОРУССИИ
МИНСК 1924

Набрано и напечатано в 1-й
Государственной типографии
„Госиздата“ в г. Минске
в колич. 1000 экземпляров.
Заказ № 575.
Главлитбел № 5125.

Всем членам союза Медсантруд.

Дорогие товарищи!

Медветсантруд работники Белоруссии празднуют сегодня пятилетний юбилей своего Союза.

Наш праздник является символом единения всех тружеников медико-санитарного, аптечного и ветеринарного дела и слияния их в единую крепко спаянную семью. Из множества мелких цеховых союзов с ограниченным кругом интересов образовался единый мощный Союз Медсантруд.

С момента зарождения наш Союз шел по верному пути, совместно со всеми революционными Профсоюзами, по пути строительства коммунизма через диктатуру пролетариата.

Наш Союз родился тогда, когда победивший пролетариат боролся против своих многочисленных врагов. Потребовалось напряжение всех сил, чтобы отстоять Советскую Республику от наступавших капиталистических хищников.

В этой борьбе на одном из участков революционного фронта медсанработники были первыми—это на фронте эпидемий.

Не мало жертв, погибших за дело революции, насчитывают в своих рядах медсанработники.

Вспомним их сегодня и преклонимся перед памятью героев, павших в борьбе.

В моменты напряженной революционной борьбы Союз шел нога в ногу со всем пролетариатом. При невероятно тяжелых материальных условиях Медсанработники не оставляли вверенного им поста борьбы за народное здравоохранение.

Революция победила.

Вместо военных задач перед Республикой Советов встал вопрос о восстановлении хозяйства.

Усилиями революционного пролетариата, при исключительной энергии медработников, эпидемии были уничтожены.

От борьбы с эпидемиями медработники пришли тогда к работе по наилучшему обеспечению медпомощью рабочих и крестьян.

Одновременно с напряженной работой по здравоохранению шло и внутреннее Союзное Строительство.

Мы создали крепкую организацию, где каждый медсанработник—член Союза чувствует себя в родной семье.

Мы поставили перед собой основную задачу: изжить цеховые остатки и приблизить союзные органы к массе.

Многого мы в этом направлении достигли. Никогда еще наш Союз не чувствовал себя столь единым, как сейчас.

Все группы медсанветработников, начиная от высшей квалификации—врача до самых младших групп, чувствуют себя членами единого крепкого Союза.

Мы являемся первой и единственной организацией в мире, где собраны воедино все работники медико-санитарного дела.

Славный путь проделал наш Союз за 5 лет.

От разрозненных мелких организаций, часто колебавшихся в своей классовой позиции, мы пришли к мощному единому Союзу, закаленному в революционной борьбе и крепко спаянному с международным революционным движением, идущему под руководством Коммунистической Партии по заветам Ильича,—к коммунизму.

Привет массе Медсанветработников Белоруссии!

Да здравствует наша единая организация Медсантруд!

Да здравствует руководитель профдвижения Советского Союза—ВЦСПС и руководитель профдвижения Белоруссии—Ц. С. П. С. Белоруссии!

Да здравствует авангард революционного пролетариата—РКП (б) и КП (б) Б.!

Да здравствует штаб мировой революции—Коминтерн и Профинтерн!

Центральное Правление Союза „МЕДСАНТРУД“ Белоруссии.

г. Минск, 5/X 1924 г.

Новый бюджетный год и строительство здравоохранения.

Д-р Е. Ю. ЗЕЛИКСОН.

Грядущий новый бюджетный год является первым по выявлению экономической мощи всей укрупненной Белорусской Республики. Впервые укрупненная Республика вступает с единой росписью доходов и расходов по старой и новой Белоруссии. Эта единая финансовая система, в связи с новым административным делением Республики, уже заранее накладывает определенный отпечаток на все строительство нашей культурно-хозяйственной жизни. Разумеется, что и область здравоохранения, в связи с этими двумя обстоятельствами: единой бюджетной системой и новым административным делением, получает свое специфическое организационное направление, в значительной степени отличающееся от строительства здравоохранения в текущем году. Наша задача сводится к тому, чтобы на общем фоне грядущей советской созидательной работы выявить: во-первых, характер и формы строительства здравоохранения на ближайший год и во-вторых, в связи с общими экономическими перспективами, наметить принципиальные и практические вехи этого строительства.

Как известно, одним из самых положительных моментов в новой управленческой системе (деление на округа, последних—на районы и сельсоветы) является приближение советской власти к населению. В области здравоохранения мы не только достигаем приближения населения к руководящим аппаратам здравоохранения—Райисполкомам, но что еще более важно, мы фактически открываем широкий простор для практического участия крестьян и рабочих в самом строительстве. Делом здравоохранения в районах, как известно, будут ведать Райисполкомы через своих выделенных представителей, в подавляющем большинстве случаев—рядовых крестьян.

Доподлинное участие трудящихся в строительстве здравоохранения —таков первый вывод, который необходимо сделать в области здравоохранения грядущего бюджетного года. С другой стороны, единая бюджетная система нашей Республики впервые предопределяет известную плановость в построении всей культурно-хозяйственной жизни вообще и здравоохранения в частности. Неизбежность планового построения и в медико-санитарной области—таков второй вывод, вытекающий из самой сущности об'единения бюджетов старой и новой Белоруссии. Не лишне отметить, что осуществлению предстоящего планового строительства будут способствовать совершившееся высвобождение органов здравоохранения из-под опеки Общих Отделов или Отделов благоустройства, а также установление ясного водораздела между компетенцией страховых органов и органов здравоохранения в нашем строительстве. Истекший год на практике доказал всю нецелесообразность существования Общих Отделов. Мы не станем здесь останавливаться на

той серьезной организационной путанице, очень часто больно ударявшей по строительству здравоохранения, мы также не будем касаться той недоговоренности, которая существовала во взаимоотношениях органов социального страхования с Здравотделами. Все это теперь осталось позади.

Авторитетным постановлением Совнаркома, после долгих и длительных обсуждений, при активном участии Наркомздрава, эти организационные формы были видоизменены и Окрздравы получают с этого года полную самостоятельность. Несомненно, что все эти факторы:

1—самостоятельность Здравотделов,

2—неизбежность плановости в работе,

3—органическое участие в строительстве медико-санитарного дела рядовых рабочих и крестьян—создают весьма благодарную почву для творческой, созидательной работы в текущем году. Было бы однако весьма серьезной ошибкой с нашей стороны, если бы мы при анализе предстоящего строительства, имели в виду только эти три фактора об'ективного характера, упуская из виду суб'ективную сторону предстоящей работы. Речь идет о том кадре ответственных и рядовых работников, которые на деле фактически будут претворять в жизнь об'ективно данные им возможности в области здравоохранения. В этом отношении дело обстоит у нас далеко не совсем и не повсюду благополучно. Если недостаток в квалифицированных опытных работниках на ниве здравоохранения ощущался нами раньше, чрезвычайно остро ощущается нами и теперь, то еще сильнее мы будем переживать этот дефект в предстоящем году в связи с новым административным делением Республики. Новая управленческая система в значительной степени увеличивает спрос на работников в любой отрасли советского строительства, в том числе и здравоохранения, и можно с уверенностью утверждать, что в предстоящем году мы будем переживать определенный голод в низовых и рядовых работниках на местах.

Таков первый несомненный отрицательный фактор суб'ективной стороны предстоящего строительства, который должен быть учтен нами при изложении и намечении конкретных планов работы. Но суб'ективная сторона предстоящего строительства не исчерпывается только одним названным отрицательным фактором—количественной нехваткой низовых работников; речь идет также и о недостаточно качественной подготовленности имеющихся уже работников, принимая во внимание все трудности, лежащие на пути этого строительства в условиях Белорусской Республики. Выше было указано на об'ективную неизбежность, при существовании единой бюджетной системы, планового строительства в нашей культурно-хозяйственной жизни в том числе, разумеется, и здравоохранения. Между тем, практически осуществить эту задачу возможно лишь при весьма тщательном, вдумчивом и серьезном знакомстве со всем советским организмом в совокупности, при правильном соразменном учете всех потребностей и нужд населения и их равномерном, пропорциональном удовлетворении. Наши же финансовые возможности чрезвычайно ограничены в то время, как потребности и нужды громадны. Осуществление плановости в работе при таком противоречивом положении между возможностями и потребностями мыслимо лишь, очевидно, при условии нахождении той равнодействующей в распределении средств и потребностей, которая гарантировала бы возможность планового ведения работы любой советской отрасли. Отыскание и нахождение такой равнодействующей требует большого опыта, знания и подготовленности в советской работе. Мы заранее убеждены в том, что во многих случаях необходимое устойчивое равновесие будет нарушено, будет нарушена и та равнодействующая, столь жизненно необходимая для нашего планового

строительства на фоне нашей отсталости и общей бедности. Итак, недостаточная квалификация имеющихся работников—таков второй отрицательный фактор суб'ективной стороны предстоящего строительства.

Ясно представляя себе на почве сделанного анализа неизбежные организационные дефекты суб'ективного характера в предстоящем году, мы должны наметить пути и методы, при помощи, которых с одной стороны было бы возможно быстрее их изжить, с другой—сделать таковые наименее болезненными в практической работе.

Дело сводится, очевидно, к тому, чтобы мы сознательным вмешательством в судьбы здравоохранения парализовали возможно сильнее последствия отрицательных факторов суб'ективного характера.

Мы имеем только один метод, который в состоянии в значительной степени разрешить остроту данного вопроса—метод, выражающийся в совместной созидательной и практической работе имеющихся квалифицированных и рядовых работников, в растворении опыта и знания подготовленных работников среди низовых активных трудящихся масс. Практически этот метод наиболее легко осуществить ее организацией санитарных советов—этих опорных пунктов наших санитарных органов. Мы должны признать, что до сих пор очень много говорилось о важности и необходимости санитарной организации, о том, что она по существу является душой советской медицины, но что практически до сих пор чрезвычайно мало сделано в этой области. Из предыдущего очерка („Белорусская Медицинская Мысль", сентябрь 1924 г. Краткий сравнительный обзср Белоруссии) мы могли убедиться в том чрезвычайно тяжелом положении, в котором находится санитарная организация в нашей Республике. Не говоря о том, что во многих местах отсутствует кадр санитарных работников, даже и в крупных городах, где преимущественно концентрируются санитарные врачи, гигиенические лаборатории и т. д., мы не имеем и зачатков правильного построения санитар. организации. Основной задачей, стоящей перед санитарными органами является, как известно:

1. Участие в оздоровлении природных и социальных условий быта и труда (водоснабжение, канализация, профессиональная и школьная гигиена и т. д.).

2. Непосредственная борьба с эпидемическими и социальными болезнями.

Вполне понятно, что между этими двумя моментами в работе санитарных органов существует неразрывная и причинная связь. Ясно отсюда, что эффект работы санитарной организации может лишь тогда претендовать на успех, если об'ектом ее исследования, изучения и наблюдения будут взяты в целом социальный организм и его социально-бытовая структура в их взаимодействии с внешними природными и экономическими факторами. Только таким путем и мыслимо проводить и осуществлять научную постановку планового оздоровления нашей Республики. Но социальный организм является не только об'ектом изучения, исследования и наблюдения, но и суб'ектом, который должен и может воздействовать по линии своего оздоровления и улучшения своей социально-бытовой структуры.

Успех-же этого воздействия, положительные результаты этой работы тем сильнее проявятся во вне, чем активнее и коллективнее будет проводиться санитарная работа, другими словами—санитарная организация лишь тогда жизненно оправдает свое существование, лишь тогда выявит свою истинную физиономию и всю свою важность для республиканского здравоохранения, когда она будет органически связана с социальным организмом и построена на коллективно-организованном базисе. Таким коллективным организованным базисом являются санитарные советы. Таким образом, санитарные советы являются не только

посредническим фактором в изживании количественного и качественного недостатка работников на ниве здравоохранения, но является также и самодовлеющим, неот'емлемым элементом для правильной работы столь жизненно необходимой для здравоохранения санитарной организации. Эту двойственную роль санитарных советов мы можем кратко формулировать следующим образом:

Являясь практической школой советской медицины для трудящихся масс, санитарные советы в то же время активно и организованно участвуют в оздоровительных мероприятиях, как местного, так и республиканского значения.

Построение санитарных советов.

Поскольку об'ектом изучения и суб'ектом воздействия для санитарной организации является социальный организм с его социально-бытовой структурой отдельных территориальных групп населения, то вполне естественно, что и санитарные советы должны, как опорные пункты, густой сетью покрыть всю нашу Республику. Целесообразнее всего организационно конструировать санитарные советы по территориальному признаку нового административного деления с таким расчетом, чтобы между санитарными советами и низовой советской властью установилась бы тесная, органическая связь. Вот почему мы выдвигаем необходимость построения низовых первичных санитарных советов в первичных управленческих единицах—Сельсоветах. Самое мелкое административное деление нашей Республики—Сельсоветы с населением от 3 до 5 тысяч, должны включить в круг своего строительства и санитарную работу в широком смысле этого слова, практическим исполнителем которого будут являться организуемые при Сельсоветах, *санитарные тройки.*

Под председательством Председсельсовета санитарные тройки в условиях белорусской деревни могут и должны осуществлять не сложную, но крайне важную работу по оздоровлению населения данного Сельсовета: забота о чистоте площадей, улиц, дворов, жилищ, надзор за санитарным состоянием колодцев, бань, забота об устройстве таковых, борьба с самогоном, устройство санитарно-просветительных лекций, санитарно-просветительных уголков в избах-читальнях, наблюдение за санитарным состоянием школ, принятие мер к госпитализации заразных больных—все это является кругом функций санитарных троек и должно составлять неот'емлемую часть, и довольно серьезную, в общей работе Сельсоветов. Санитарные тройки при Сельсоветах получают непосредственные указания со стороны второго звена санитарной организации *участкового санитарного совета.*

Участковый санитарный совет концентрирует у себя всю работу всех санитарных троек Сельсоветов, входящих в круг ведения и обслуживания медицинской помощью данного медицинского участка; через санитарные тройки участковый санитарный совет осуществляет ряд мероприятий санитарного характера, практически связывает деятельность участковой больницы, амбулатории, фельдшерского или акушерского пункта с нуждами и потребностями населения. Под председательством участкового врача санитарный совет, в состав которого входят: председатели сантроек, представитель Женотдела и Комсомола и профсоюзов, руководит правильной постановкой госпитализации заразных больных, осуществляет план улучшения жилищных, школьных, профессиональных условий жизни и труда, устанавливает теснейшую связь между представителями сельской интеллигенции и трудовым населением, активно принимает участие в антирелигиозной пропаганде и в санитарном просвещении масс. Как видим, участковые санитарные

советы являются при ее правильной организации лучшей практической школой здравоохранения для низовых работников мест, вовлекая последних одновременно в непосредственную работу по самому строительству здравоохранения. В то же самое время участковые санитарные советы являются практическими образцами проведения в жизнь идеи диспансеризации лечебного дела и, наконец, участковые санитарные советы, обобщая имеющийся в их распоряжении конкретный материал, кладут начало для научной разработки медицинской статистики, столь важной в плановой работе органов здравоохранения. Чем лучше, и организованней, будет протекать работа участкового санитарного совета, чем сильнее будет проявляться инициатива участкового врача и энергичней будут работать под его руководством санитарные тройки, тем больше шансов на то, что его больница, врачебно-амбулаторный, фельдшерский или акушерский пункт будут работать правильно, тем полнее и ценнее будет передаваемый им статистический материал, тем легче и скорее начнет осуществляться оздоровление территории обслуживаемого им населения. Несомненно, что на пути практической работы участкового врача и участкового санитарного совета мы будем иметь препятствия и трудности об'ективного характера, в первую очередь—недостаток материальных средств: отсутствие перевозочных средств будет служить тормазом в его плановой работе. Несомненно также и то, что в значительной степени осуществление намеченных задач затормозится фактом отсутствия советского участкового врача.

Наркомздрав, учитывая эти затруднения, предпринял ряд мероприятий, которые в значительной степени разрешат этот вопрос. Прежде всего удалось провести через Совнарком положение об участковой медицине, предусматривающее обязательное снабжение участков перевозочными средствами, также предусмотрена систематическая плановая переподготовка участкового врача. Не малую роль должны будут сыграть в деле постановки участковой работы так называемые показательные медицинские участки: 4 по госбюджету и 10 по местному бюджету, из расчета по 1 участку на каждый показательный район. Эти показательные участки, которые в материальном отношении будут более или менее обеспечены, только тогда оправдают свое население, если им удастся претворить в жизнь все те принципиальные моменты, которые выдвинуты нами и которые являются жизненно необходимыми для действительной участковой работы. Эти 14 показательных участков являются, таким образом, оазисами примерными образцами правильной работы участковых санитарных советов, на деле проводящие диспансеризацию лечебного дела и закладывающие прочный фундамент для правильной работы медицинской статистики.

Мы стоим, таким образом, на пути уже некоторых достижений, во всяком случае, сельская медицина признана Совнаркомом одной из боевых задач в области здравоохранения. Было бы, однако, непростительным полагать, что одно декретирование положения об участковой медицине и организация показательных участков в состоянии внести коренное изменение в существующем положении, безотрадном и бедственном, сельского участка. Окрздравы, участковые врачи должны в предстоящем году проявить максимум энергии, активности в осуществлении на практике данных об'ективных возможностей. Ведь не секрет, что наши участки до сего времени ни в какой мере и степени не проводили той работы, которую по существу они признаны проводить. Мы должны во что бы то ни стало с этого года резко изменить наш курс и практически положить начало для длительной, систематической и плановой работы участка и его санитарного совета. Наркомздравом в свое время были разосланы примерные анкеты, которые должны лечь

в основу научно-практической, исследовательской, общественной и профилактической работы участковых врачей и участковых санитарных советов.

Участковые санитарные советы являются, таким образом, основными звеньями в общей системе здравоохранения и его санитарной организации. Правильная работа последних является одной из основных предпосылок плодотворной работы—*районных санитарных советов*.

Районные санитарные советы под председательством членов президиума Райисполкома, непосредственно руководящего гумманитарной отраслью советской работы, включает в свой состав представителей всего медперсонала, находящегося на территории данного района и отдельных представителей советских, профессиональных и партийных организаций. Получая непосредственные директивы от Окрздравотдела, районные санитарные советы, в свою очередь, направляют и идейно руководят санитарными советами периферических ячеек, принимают активное участие в обсуждении хозяйственных и материальных нужд всей медико-санитарной сети данного района, принимают меры к обеспечению всем жизненно-необходимым для правильной работы всех медицинских учреждений.

Выше было указано, что новое районирование с самостоятельными бюджетными правами районных Исполкомов, при явной скудности финансов, таит в себе опасность утери равновесия в распределении сумм для удовлетворения многообразных и разносторонних потребностей населения. Мы указывали, насколько трудна плановость в работе вообще и в области здравоохранения, в частности, при таком явном несоответствии финансовых возможностей громадным потребностям и нуждам. Отсутствие непосредственных работников ведомства Здравоохранения в районе, делает эту опасность еще более вероятной. Вполне очевидно, что недостаточно популяризированная организация советской медицины в районе может, именно, привести к тому, что дело здравоохранения не займет того положения, которое оно должно бы занять в строительстве Райисполкомов. Это означало бы дальнейшее падение авторитета советской медицины на селе, срыв всякой плановости в работе Окрздравотделов и его отрыв от низовых первичных ячеек. Вот почему районные санитарные советы должны, учитывая возможность этой опасности, широко развернуть свою работу, активно участвуя во всех вопросах строительства здравоохранения на территории данного района. Районные санитарные советы должны явиться цементирующим материалом, фиксирующим органическую связь между Окрздравотделами и Райисполкомом, будирующим общественное мнение, мнение органов власти, концентрирующим внимание Райисполкома вокруг важности вопросов здравоохранения и его связи с поднятием общего благополучия района. Придавая столь важное значение районному санитарному совету мы считаем необходимым систематическое обследование, контролирование, инструктирование районных санитарных советов, его деятельности со стороны ответственных работников Окрздравотделов, в первую очередь, окружных санитарных врачей. Не секрет, что имеющиеся уездно-санитарные врачи в большинстве случаев проводили работу городского характера, редко об'езжая уезд. Чтобы психологически покончить с этим ненормальным явлением мы рекомендуем, как известный корректив для правильной работы по периферии окружного санитарного врача, обязать последнего проживать на территории того или иного района. При правильной постановке учета санитарной работы со стороны Окрздравотдела окружной санитарный врач, проживающий в том или ином районе, значительно будет лучше руководить санитарной работой всех районов.

Таковы, в общих чертах, организационные формы санитарных советов, санитарных троек Сельсоветов, участковых и районных санитарных советов, таков, в основном, круг функций первичных периферических санитарных органов. Мы еще раз подчеркиваем необходимость того, чтобы между Окрздравом и участковым пунктом с одной стороны и низовым советским аппаратом с другой, должна быть организована и, при помощи санитарных советов и через них, установлена самая тесная связь между деревней и селом самого маленького Сельсовета и окружным центром и в области здравоохранения должна установиться приемственность. Никогда, быть может, для дела здравоохранения не была так существенна и жизненно необходима эта органическая связь. Окрздравы рискуют превратиться, в лучшем случае, в Горздравы, в худшем случае—в бюрократическую излишнюю надстройку, поскольку им не удастся через санитарные советы фактически сростись с низовой советской властью. Такая опасность тем более вероятна, что в районах, как было указано выше, специальных Здравотделений нет и чисто ведомственная приемственность, таким образом, отсутствует. Вот почему нужно с самого начала нового построения управленческого советского аппарата иметь в виду это обстоятельство и принять самые энергичные шаги к организации санитарных советов. В этом отношении Здравотделы выявят свою настоящую физиономию, проявят свое административно-организационное творчество. Больше того, барометром работы того или иного Здравотдела будет служить степень налаженности, учета и контроля санитарных советов.

Только таким путем Окрздравы сумеют почти безболезненно прожить этот год, характеризующийся, как было указано выше, количественным и качественным недостатком работников в области здравоохранения, только таким путем они предотвратят возможную опасность размычки периферических и центральных органов, только таким путем они создадут школу советской медицины для широких трудящихся масс населения. Таковы, в основном, общие контуры и формы характера нашего предстоящего строительства.

Чтобы приступить к изложению второй части нашей задачи, к намечению принципиальных и практических вех грядущего строительства, мы вкратце коснемся тех экономических перспектив, на базе которых нам придется строить дело здравоохранения. Мы еще не знаем точных сумм местных бюджетов на здравоохранение. Учитывая общее состояние можно с уверенностью сказать, что предстоящий год в бюджетном отношении будет показывать незначительное увеличение доходных статей (10-15%) в сравнении с прошлым. В текущем же году по местному бюджету на здравоохранение падало 13,8% всего местного бюджета. Если допустить, что в этом году нам удастся получить 15%, то переводя на язык абсолютных цифр мы по местному бюджету Отдела Здравоохранения получим $1\frac{1}{2}$ миллиона рублей. Ниже мы представляем вниманию читателей подсчет содержания всей медико-санитарной сети нашей Республики, при чем заранее оговариваемся, что расчеты исходили из минимальных потребностей.

Название округов.	Содержание медико-санитарной сети.	Название округов.	Содержание медико-санитарной сети.
1. Минский . . .	833210	6. Витебский . .	525380
2. Борисовский .	230640	7. Могилевский .	278000
3. Мозырский . . .	325500	8. Оршанский . .	233600
4. Бобруйский . .	345240	9. Калининскй . .	208600
5. Слуцкий . . .	202460	10. Полоцкий. . .	127160
		Итого. .	3308750

Итак, фактическая сумма, которую предполагаем получить на нужды здравоохранения по местному бюджету составляет 50% той суммы, которая потребна для ее безбедного содержания.

О том же, как содержалась наша сеть, как она работала в текущем году, нам, практическим работникам здравоохранения, в достаточной степени известно. Мы констатируем чрезвычайно тяжелое положение сельской медицины.

1. Падение посещаемости в сельских амбулаториях.

2. Значительный прогул коек в сельских больницах и, как неизбежное следствие

3—падение авторитета советской медицины и

4. пышный расцвет знахарства.

Таким образом, сохранение всей сети при $1^1/_2$ миллионах означало бы обречь нашу медико-санитарную сеть на прозябание. Если прибавить к тому еще, что в предстоящем году нам необходимо будет твердо и неуклонно проводить начало плановой работы в области профилактики, что на профилактическую отрасль здравоохранения нам необходимо будет фиксировать несомненно больший процент из нашего бюджета, то станет понятным, что положение лечебной сети, при условии оставления ее полностью, в значительной степени еще более ухудшится. Перед нами во всей остроте встает вопрос о дальнейших судьбах нашей лечебной сети. Мы должны, как практические работники, трезво учесть об'ективную обстановку и сделать соответствующие выводы, как бы суб'ективно тяжелы они ни были бы. Ясно одно, что дальнейшее падение авторитета советской медицины означает ее крах, по крайней мере, на ближайший год. Вот почему мы должны иметь про запас радикальные меры, при помощи которых можно было бы на этот год остановить дальнейшее падение и развал сельской медицины. Этими радикальными мерами является: количественное сокращение сети и качественное укрепление оставшейся. Мы знаем, что и существующая медико-санитарная сеть далеко не отвечает нормальным потребностям и мы разумеется испробуем все меры и пути для отстаивания и сохранения этой сети в том виде, как она есть. Мы будем всюду и везде испрашивать увеличения % на здравоохранение в местном бюджете. Но использовав все методы, меры и пути мы все же, при неудовлетворительном разрешении вопроса, вынуждены будем поставить перед Окрздравом задачу чрезвычайно тяжелую и, в то же время ответственную,—оздоровить лечебную сеть путем ее сокращения. Мы заранее предвидим весь трагизм положения, когда радиус обслуживания, быть может, увеличится в $1^1/_2$—$1^3/_4$ раза, но все же только этим путем мы создадим жизнеспособную больницу, жизнеспособный врачебно-амбулаторный, фельдшерский, акушерский пункт с советским содержанием работы. Только таким путем мы предотвратим дальнейшее падение авторитета советской медицины. Второе, что необходимо проделать для оздоровления нашей лечебной сети—это безоговорочная децентрализация смет отдельных лечебных ячеек. Несмотря на то, что об этой децентрализации уже говорится давно, мы все же наблюдаем, как те или иные Окрздравотделы никак не могут отрешиться от мысли освободить подведомственные им периферические лечебные ячейки от мелочной финансово-хозяйственной опеки, уж не говоря о том, что такая централизация смет и централизованное хозяйничание загромождает рабочий день Окрздравотдела второстепенными и мелкими вопросами, отрывая его, таким образом, от непосредственного руководства здравоохранения по всему округу, от частых выездов на периферию, да и сами учреждения при такой системе в конечном счете представляют в большинстве случаев яркую картину бесхозяйственности и безответственности. Руководители учреж-

дений, не будучи ответственными за расходование кредитов, за их правильным поступлением и распределением, являются по существу безответственными лицами, не имеющими возможности фактически руководить учреждением. Мы должны со всей категоричностью настаивать на скорейшей ликвидации существующей еще системы централизованного ведения хозяйства, возложив полную ответственность за правильное ведение хозяйственной жизни учреждения на его руководителя. Эта мера в ближайшее же время обнаружит способных и неспособных администраторов, несомненно оздоровит жизнь учреждения и, главное, будет способствовать более рациональному и экономному расходованию сумм и, наконец, в третьих необходимо стать на путь максимальной экономии средств. Мы могли бы назвать целый ряд мелких организационных приемов в нашей повседневной практической работе лечебных учреждений, которые в результате дали бы серьезную экономию. В качестве примера можно указать на тщательный пересмотр постановки дела медикаментозной помощи населению, в результате которого можно было бы получить серьезную экономию. Еще один пример из жизни наших амбулаторий, где при вдумчивом отношении к расходованию перевязочного материала можно было бы также достигнуть определенных результатов. Все эти мероприятия взятые в целом: 1) сокращение сети, 2) децентрализация смет, 3) максимальная экономия—дают нам твердую уверенность в том, что городская и сельская медицина в предстоящем году должны в качественном отношении укрепиться.

Для полноты изложения нам нужно, хотя бы в основных чертах, остановиться на принципиальных практических моментах предстоящей профилактической отрасли работы. Нельзя не отметить, что за истекший год, в период пребывания органов здравоохранения в ведении общих Отделов или Отделов благоустройства, здравоохранению был нанесен удар не только в организационном отношении, но пострадало в значительной степени и содержание самой работы. Отдельные отрасли или функции здравоохранения—лечебные и профилактические—окончательно потеряли свою спецификацию, статистика оказалась в загоне, профилактическая работа замерла. По существу все внимание концентрировалось вокруг хозяйственного обслуживания лечебных ячеек.

Мы должны в предстоящем году резко повернуть в сторону детализации отдельных отраслей работы здравоохранения и укрепления профилактической работы. Линия Наркомздрава в этом отношении вполне выявлена была в докладах Совнаркому и в тех постановлениях, которые последовали в связи с предложениями Наркомздрава. Согласно постановления Совнаркома Окрздравотделы включают в свой штат городских и уездных санитарных врачей отдельно школьных санитарных врачей и, наконец, как самостоятельная штатная единица, выделен заведывающий Профилактической Инспекцией при Окрздраве. Задача сводится к тому, чтобы внести определенную ясность и отчетливость в работу Профилактической Инспекции, точно очертив круг ее функций и обязанностей. Санитарно-эпидемическая работа, ведение и руководство статистикой, санпросветработа, охрана материнства и младенчества, охрана здоровья детей и подростков, физкультура, борьба с социальными болезнями—вот те основные элементы, из которых слагается общая работа Профилактической Инспекции. Только при строгом учете работы по всем вышеперечисленным отраслям, только детализация и углубление отдельных вышеназванных звеньев общей профилактической цепи хотя бы и на фоне скудной материальной базы, дает гарантию в укреплении, развитии профилактической отрасли работы. Не останавливаясь подробно на перспективах отдельных от-

раслей Здравотделов в профилактической области, мы желаем остановиться только на одном чрезвычайно актуальном моменте, а именно—борьбе с социальными болезнями. Вместо методов ударности, которые практиковались органами здравоохранения в борьбе с социальными болезнями, мы выдвигаем требования: положить начало плановой борьбе с социальными болезнями, и в этом отношении мы получили полную поддержку со стороны Совнаркома. Как известно, в предстоящем году в каждом округе мы будем иметь по одному туберкулезному Диспансеру, в каждом окружном центре мы, согласно желанию Совнаркома, должны иметь по одной санитарно-гигиенической лаборатории на каждый округ, по трахоматозному изолятору, по 10 туберкулезных и 10 венерологических коек и, наконец, в предстоящем году мы сумеем приступить к плановой борьбе с паршей путем дооборудования ренгеноустановок в Могилеве, Бобруйске, Полоцке и Витебске. Как бы ни была мала профилактическая сеть по сравнению с той потребностью в ней, мы все же должны констатировать организацию всей этой сети, как серьезнейшую победу здравоохранения и как прочный фундамент для дальнейшего развития профилактической отрасли здравоохранения.

Однако, мы не должны ни на минуту упускать из виду, что правильное развитие этой ограниченной профилактической сети мыслимо лишь в том случае, если с первого момента ее организации будет взят правильный курс на ее построение. В этом вся суть работы предстоящего года в профилактической области. Опыт показал, что открывающиеся диспансеры, ведущие фактически амбулаторный метод работы, только неся громкое название диспансера долго не могут перейти на правильные рельсы работы, поскольку первоначальный курс оказался ложным. Вот почему необходимо с самых первых дней открытия наших диспансеров стать на правильный путь, отказавшись на время от их функционирования, прежде чем не будет проделана необходимая общественная работа. Только здоровые периферические профилактические ячейки могут служить исходными пунктами серьезной, практической и научной исследовательской работы. Только через их укрепление и развитие мы можем подходить к организации центральных профилактических органов: Тубинститутов, Венинститутов и центральных гигиенических лабораторий. К сожалению, в русской действительности мы наблюдаем весьма часто обратную картину. Существующие в центральных городах прекрасно оборудованные центральные институты, по существу своему, носят городской характер, поскольку отсутствуют опорные базы на местах в виде разветвленной сети правильно функционирующих профилактических ячеек. При таких условиях, разумеется, научно-исследовательская ценность этих институтов значительно теряет в своем весе и значении. Чтобы не проделать этой ошибки в Белоруссии мы категорически должны отказаться от организации всякого рода центральных профилактических учреждений без того, чтобы не иметь здоровых баз на периферии. Вот почему и с этой стороны необходимо местам обратить сугубое внимание на укрепление и правильную постановку туберкулезных диспансеров, имея в перспективе организацию центрального туберкулезного института, материал и опыт которого в значительной степени будут черпаться из периферических туберкулезных диспансеров.

Еще несколько слов о санитарно-просветительной работе. От периода максимального увлечения санитарно-просветительной работой здравотделы в последние годы вступили в полосу равнодушия, если не сказать больше—охлаждения. Конечно, этот факт имеет свое об'яснение в той материальной необеспеченности здравоохранения вообще и санпросвет. отраслей работы в частности. Однако и здесь большую роль играет и суб'ективный фактор. Мы должны в предстоящем году

наверстать пробелы прошлых дней и с соответствующей интенсивностью налечь на укрепление и развитие санпросветработы вообще и на селе в частности. В этом отношении мы имеем авторитетные указания Агитпроп'а ЦК. КП (б.) Б. о необходимости включения в смету здравотделов расходов по организации санпросветработы в деревне.

Таковы в основных чертах основные моменты, стоящие перед нами в профилактической области здравоохранения.

Предстоящий год, таким образом, открывает перед органами здравоохранения широкое поле систематической, созидательной, плановой работы, как в области организационной, так и в области лечебной и профилактической:

1. Организация санитарных советов со строгим контролем и учетом их работ.

2. Тщательный пересмотр лечебной сети и ее наименее безболезненное сокращение наряду с ее качественным улучшением.

3. Самая широкая децентрализация смет с подбором соответствующего кадра администраторов-организаторов.

4. Максимальная экономия в ведении хозяйственной жизни учреждений.

5. Детализация отдельных отраслей здравоохранения, ее учет и углубление профилактической работы.

6. Практическое осуществление начала плановой борьбы с социальными болезнями.

7. Установление правильного курса при организации первичных профилактических ячеек, их укрепление и развитие.

8. Углубление работы по санпросвету, особенно в деревне—вот те вехи принципиального, практического и организационного характера, по которым должно быть начато наше строительство с грядущего бюджетного года. Почва в значительной степени распахана, авторитетные постановления наших высших органов власти, ставящие строительство здравоохранения, как один из основных факторов в оздоровлении всей нашей культурно-хозяйственной жизни, является лучшей гарантией для благоприятной практической работы. Необходимо проявить большую активность и творческую работу, чтобы использовать благоприятные возможности и смело двинуть дело здравоохранения вперед. Общие контуры намечены, лед тронулся, дело за местами.

Перспектива врачебных секций и работа врача на селе. *)

Д-р Е. Л. МАРШАК.

(Отв. секретарь Ц. Б. врачсекций Бел. Центр. Правл. Медсантруд).

Названный программный доклад на предстоящем с'езде сам по себе предопределяет характер содержания работы врачебных секций, которое направляется вглубь строительства советской медицины. Не случайно преднамечается определенный сдвиг в деятельности врачебных секций, к которой пред'является ряд требований по основным линиям связи профсоюзных центров и органов здравоохранения с одной стороны и сельским участком с другой. Исчерпывает ли указанный момент производственной работы врачебной секции все содержание деятельности, изжиты ли уже специфические задачи секционного строительства настолько, что представляется уже своевременным облечь в туман профессиональную сущность основ, заложенных в жизни врачебных секций? Ответ на эти вопросы требует незначительную экскурсию в область нашей современной экономики и отражения ее на задачах профессионального движения.

Наше профдвижение в условиях политической и хозяйственной диктатуры пролетариата значительно дифференцирует профзадачи, равняя их по требованиям плановой организации нашего производства, как городской, так и сельской продукции. Денежная реформа, стабилизировавшая валютную систему, установила твердость бюджета, каковая в свою очередь обусловила размеры хозяйственного размаха, подчинив его строжайшей плановой государственности. Ясно, что неопределимые законы материальных возможностей получают свое реальное преломление во всем укладе нашего строительства и находят свое естественное отражение и в профдвижении. Понять эти экономические основы и рядом с ними сочетать необыкновенный рост культурности пролетарских и крестьянских масс, гигантское развитие потребностей в области многогранного строительства—это та сложная коренная задача, которую нам всегда приходится иметь под углом наших перспектив.

В настоящее время, после трех лет нашей новой экономической политики, мы живем в условиях значительного обще-хозяйственного оживления. Рефлекторное влияние этого темпа на положение здравоохранения должно быть учтено нами, как в *отношении участия в строительстве Советской медицины*, так и в *профессиональной оценке вопросов труда и быта* медработников вообще и врачей в частности.

В перспективе деятельности врачебных секций, как союзных организаций, эти два момента получают не только узко-профессиональное, но и более расширительное применение в отношении оздоровле-

---

*) Доклад на Всебелорусской Конференции Врачсекций 5-го октября 1924 года в гор. Минске.

ния всего трудящегося населения, охватываемого советской медициной. Я хочу указать, что разрешая вопросы сохранения рабочей силы и производительности труда, мы не ограничиваем эту деятельность исключительно в среде медработников, но, участвуя во всех направлениях органов здравоохранения, мы по характеру своей врачебной работы, соприкасаемся тесно с вопросом во всем его об‘еме, во всем масштабе общественно-медицинской работы, мы стремимся к улучшению условий труда и быта и, развивая область предупредительной медицины, мы естественно создаем здоровые основы для производительности труда вообще.

В связи с указанными задачами сохраняют еще свою актуальность и вопросы условий труда и быта врачебного и остального медперсонала.

Правда, на лицо много мероприятий в отношении улучшения материального положения медперсонала: в городе значительно урегулируется этот вопрос как органами здравоохранения, так и страховой медициной; на селе мы имеем декрет об уравнении зарплаты участкового медперсонала с городским и об отпуске государственных средств специальной субвенции на повышении оплаты труда сельского медперсонала. Все же мы еще далеки от нормального разрешения вопроса труда и быта медработников,—мы имеем с одной стороны вынужденное совместительство, как живую иллюстрацию недостаточности оплаты труда, имеем безработный и полубезработный медперсонал. Последний вопрос о безработице стоит и на этот раз в порядке суждения на предстоящем с‘езде. Его следует изучать не только в положении сегодняшнего дня (требующего рассмотрения современного кадра), но и в перспективном порядке, охватывающем определенный период времени.

В первом случае нам необходимо рассмотреть кадр врачей, который составляется из врачей демобилизованных и врачей последних выпусков. Отсюда и целый ряд мероприятий, охватывающих моменты повышения квалификаций, организации курсов совершенствования, стажерства, ассистентуры при лечучреждениях, соответствующей постановки медобразования в университетах в целях подготовки к общественно-советской и участковой медицине и улучшения материального обеспечения студенчества медфаков а также ряд других практических моментов.

Во втором случае—принципиальной постановки вопроса о безработице—предстоит констатировать: во-первых, причину ее вообще, как отставание хозяйственного оживления на селе по сравнению с городом и соответствующие последствия в культурном и бытовых отношениях; и во-вторых, необходимость рассмотреть степень насыщения территории Союза врачебным персоналом и соответствующую целесообразность ограничения темпа выпусков врачебных сил.

Участие в здравоохранении.

Мы имеем удовольствие на предстоящем с‘езде подчеркнуть, наряду с указанием хозяйственного оживления в городе и началом развития его в сельской местности, чрезвычайно отрадную обстановку для врача—рост пролетарской общественности в городе и крестьянской—на селе. В сложившейся обстановке общественности, больше, чем когда бы то ни было, должен звучать голос врача, призванного осуществлять массовую оздоровительную работу среди трудящегося населения. Если в городе задача эта облегчается выпуклостью очертаний предупредительной медицины в условиях реальной культурной работы наших партийных и профессиональных организаций, где прототип диспансеризации лечебной помощи ясно оформился и требует лишь углубления на уже удобренной почве пролетарской общественности и созна-

тельности, в условиях участковой медицины мы имеем еще голое поле tabula rasa—при колоссальных потребностях в развитии предупредительной медицины.

Здесь предстоит врачу, помимо своей непосредственной задачи—лечение болезней и проведение тех или иных оздоровительных мероприятий—провести определенную, по меткому выражению тов. Алуфа, „оздоровительную работу в головах крестьянства, расчищая там путь для мероприятий по оздоровлению“. Медицинское учреждение на селе должно быть культурной ячейкой, центром, распространяющим в гуще крестьянства необходимые сведения о здоровом труде и быте, ведущим упорную борьбу со всеми больными явлениями деревенской жизни. Для привлечения к делу здравоохранения энергии крестьянской общественности необходимо связаться тесно со всеми культурными и общественными учреждениями деревни. Мы имеем перед собой в данный момент конкретные формы той связи, которые не трудно перечислить. Прежде всего, необходимо ближе войти в жизнь сельсоветов и райисполкомов; ставить доклад не тогда, когда медучреждению нужна реальная материальная помощь, а периодически делать сообщения о своей работе и направлении деятельности здравоохранения, независимо от нужды в материальной помощи.

2. Следующая организация, ставящая себе цели поднятия крестьянского хозяйства и повышения экономического благосостояния,—это комитеты взаимопомощи. Они чрезвычайно должны быть заинтересованы в правильной постановке медицинского дела, и могут оказать большое содействие медиц. учреждениям на селе в деле развития их деятельности. Здесь также важно врачу систематически заинтересовывать в своей работе, безотносительно к получению от комитета материальной помощи.

3. Наконец, появления врача ждет теперь и изба-читальня. В этом культурном центре крестьянской общественности, само собою разумеется, должна быть сосредоточена не только санитарно-просветительная работа, но культурная работа врача должна быть проявлена во всех областях крестьянской жизни.

Живой иллюстрацией того необыкновенного интереса и внимания, который встречает врач в этой работе, является тот небольшой опыт, который мы имеем от участия членов нашей врачсекции в выездах комиссий, ячеек, осуществляющих культшефство над деревней.

Таким образом, нетрудно видеть, что дорога для предупредительной общественной медицины проложена и на селе; общественное оживление и культурный рост сельского населения создают уже соответствующую обстановку для диспансеризации сельской медицины.

Необходимо указать на чрезвычайно существенный момент, чтобы избегнуть крупной ошибки и ложных направлений.

В своей общественно-медицинской работе медперсонал обязательно должен ориентироваться на бедняцкие и отчасти средняцкие слои, избегая кулацкой среды. Неправильности в выборе путей соприкосновения и близость к кулаку, может сразу погубить все дело общественной ценности врача, оттолкнув его от преобладающих неимущих и малоимущих слоев крестьянства. Для населения должно быть самым очевидным и резко бьющим в глаза, что медиц. учреждение создано не для богатых и сильных, а ставит целью удовлетворять наиболее нуждающихся в помощи и не имеющих источников покупать эту помощь.

Необходимой предпосылкой изложенного характера работы врача на селе, по справедливости, нам могут указать, должна быть определенная финансовая база и те материальные возможности, которых даже не имеется еще в достаточной мере, чтобы справиться с задачами,

поставленными до сих пор. Мы должны еще раз напомнить то, о чем мы говорили раньше в связи с декретом о мерах к улучшению медицинского обслуживания крестьянства, что первые шаги в разрешении этого вопроса уже сделаны. Для нас нет сомнения, что намеченные пути общественной работы врача также ведут „в Рим"—к про уждению самодеятельности на местах и увеличению местных бюджетов и фондов для развития сельской медицины.

Продолжая добиваться осуществления намеченных Всебелорусским С'ездом задач по тарифно-экономической политике в плановой системе этой работы, охватываемой широко Союзом, мы должны указать, что перед нами стоят еще трудные вопросы, требующие разрешения, как-то: нормирование врачебного труда, особенно на селе, урегулирование участия врачсекции в установлении спецставок, учета и оценки нагрузки в условиях труда, неподающихся нормированию, научных командированиях врачей в центры и т. д.

В настоящее время, мы выдвигаем необходимость участия врачей в массовой экономработе Союза, которая ставится на новых началах (создание административно-хозяйственных совещаний при крупных лечучреждениях по улучшению постановки медпомощи).

Таким образом, очерченные задачи в достаточной мере определяют содержание профессиональной сущности врачебной секции. Но вопрос существования секций не исчерпываются одним об'емом общественн о-медицинской деятельности. Главной основой секционного строительства—приобщение из прочих масс врачей к революционному профдвижению—еще находится в зачатке, и мы должны подчеркнуть этот основной момент, требующий дальнейшего существования врачсекции. Только через посредство секции, которая способствует постепенному усвоению ее членами принципов профдвижения, мы добьемся полного сближения этой группы работников с общепролетарским составом Союза и остальными пролетарскими массами. Предстоящий С'езд врачебных секций должен с ясностью оформить поворотный пункт в профдвижении врачей.

Со времени последняго С'езда прошло $2^1/_2$ года, время, за которое советские и революционные элементы в среде врачей уже во многих местах победили буржуазные, открыто и скрыто контр-революционные. В некоторых местах еще борьба не закончена и врачебные массы пребывают еще в состоянии внутреннего брожения.

Оценивая наступивший идеологический перелом в преобладающей массе врачей, мы можем с уверенностью предсказать, что предстоящий С езд открыто присоединит свой голос к голосу всего революционного пролетариата и откроет новую страницу истории врачсекции—перспективу плодотворной творческой работы на пути строительства Здравоохранения и укрепления завоеваний пролетариата.

Малярия в Мозырском уезде в 1924-ом г. *)

Врачи **Я. А. Раховский, И. А. Сутин и Г. А. Столяров**

Из Белорусского Пастеровского Института. (Директор—профессор Б. Я. Эльберт).

Сообщение первое.

I.

Малярия, как известно, является теперь одной из самых распространенных болезней на земном шаре. Так, по Nocht'у, распространение малярии далеко выходит за пределы теплого пояса, доходя местами до самых холодных поясов. Galli-Valerio считает границы распространения малярии 9°—для северной широты и 15°—для южной.

Наиболее крупные очаги малярии представляли собою—в Азии: Малая Азия, Центральная Азия, Сиам. Южный Китай, Филиппинские острова; в Северной Америке—бо́льшая часть Соединенных Штатов, Мексика, Вест-Индские острова; в южной Америке—районы рек Рио-де-Жанейро, Амазонки и Ориноко до самых цепей Анд; и только южная часть, по ту сторону Анд, свободна от малярии. В Африке малярия распространена повсюду, за исключением пустынной Сахары и Капланда, по поводу чего у немцев сложилась поговора: „Wo Afrika fruchtbar ist, da ist es ungesund, und wo es gesund ist, da ist es unfruchtbar". Негры также не защищены от малярии. В большинстве своем взрослые негры являются паразитоносителями, переболевшими малярией в детстве, а большая смертность их детей в известной доле обязана малярии. Также и желтая раса восприимчива к малярии; то же наблюдается в Австралии.

В Европе малярия существовала, главным образом, в странах, прилегающих к Средиземному морю: Македонии, Греции, Италии и других.

Последняя война, вызвавшая передвижение больших масс с места на место, совершенно изменила малярийную карту Европы. С одной стороны мы имеем колоссальные эпидемии малярии и широкое распространение ее в местах эндемических, с другой—малярия появилась в местах, где про нее никогда и не слыхивали.

Так, например, Великобритания до войны представляла в отношении малярии белое пятно, а во время войны там появились следующие малярийные заболевания: в 1916-ом году—16000 больных, в 1917-ом—4168, в 1918-ом—1644. После войны количество больных резко уменьшилось, но отдельные заболевания остались. Так в 1919-ом году было 103 случая, в 1920-ом—36; в 1921-ом—12 случаев. То же самое наблюдается и во Франции, где малярия появилась в тех местностях, где ее никогда не было, напр. в Аргонах, занесенная туда марокккскими войсками. Аналогичное занесение инфекции имеем в

*) Доложено на заседании Научного общества минских врачей 12 октября 1924 г.

Германии, в частности в Берлине, где появилось много случаев tropica. Friedemann насчитал таких случаев в больнице Wirchow's Krankenhaus до 30, Schiff определяет число таких случаев для Берлина 50—100. Пациенты все не покидали Берлина по 10—20 лет, так что здесь мы имеем случаи заражения в самом Берлине.

В России наблюдается такая же история. Из эндемических очагов, как Кавказ, юг Поволжья, Средне-Азиатские владения,—малярия в годы войны перекинулась далеко на север и дала поражение целого ряда местностей, из которых особенно пораженными оказались: Донецкий бассейн, Московская губерния, Украина, Северо-Донецкая область. Малярия заглянула даже в Архангельскую губернию. Но в отличие от Западной Европы, где малярия после войны начала быстро убывать, в России малярия не только не пошла на убыль, но дала в последние три года такие колоссальные эпидемии, которые могут считаться настоящим народным бедствием, заставившим Наркомздравы СССР бросить на борьбу с ним значительные средства. Если говорить о всемирной войне, как о передвижении масс, в связи с чем и распространилась малярия, то гражданская война, колоссальная обратная беженская волна, наконец жестокий голод и перенесенные тифы, подготовили у нас в России прекрасную почву для распространения малярии. И действительно: цифры пораженного малярией населения громадны. Так, данные о заболеваемости малярией по СССР за 1923 год (за предыдущие годы точной статистики не имеется) говорят о 1.340.033 лицах; за 1924-й год отмечается некоторое уменьшение заболеваний (в связи с предпринятыми энергичными мерами по борьбе с малярией), но по Украине в частности, где за 1923-й год было около 500.000 заболеваний, 1924-й год дал еще большее увеличение заболеваемости.

В развитии последних больших эпидемий, не только в новых районах, но также в местах, эндемически пораженных, большую роль сыграли еще: 1) так называемый водный фактор (Исаев), 2) климатический фактор (Лурия) и 3) отсутствие хинина, создавшее громадное число паразито-носителей. Как на пример влияния воднаго фактора, укажем на последние эпидемии в Туркестане и Бухаре. Так, приостановка в этих местностях мелиоративных работ и расстройство оросительной системы привели к увеличению и вспышке эпидемии малярии, а Исаеву, путем правильной и планомерной работы по урегулированию системы оросительных каналов, водопользования, засыпкой ям и проч., удалось свести на нет эндемически существовавшие очаги малярии. Далее, такую же роль сыграли последние сильные разливы рек, кои, возвращаясь в свои русла, оставляли на все лето массу мелких озер и заливов, приведшие к искусственному заболачиванию местности; таким образом, создавались прекрасные условия для развития комаров.

По данным Ходукина в гор. Мерве наблюдался в 1895-м г. большой паводок (наводнение) на реке Мургабе, вызвавший эпидемию малярии, которая захватила туземное население и дала около 80% больных из всего числа госпитализованных. В 1902-ом году—следующий большой паводок—опять вспышка злокачественной эпидемии; за 1919--23-й годы—наблюдалось значительное разрушение ирригационной системы города—и снова массовое заболевание жителей. Из 11000 переболело 9000.

Некоторые же авторы, как напр. Мостков, указывают на постоянную зависимость эпидемий от метереологических данных. Так, на основании своих наблюдений за уровнем городских водоемов, в связи с количеством выпадавших осадков и их периодичностью, он мог заранее определить, каково будет течение эпидемии. Лурия указал еще на роль солнечного света в развитии весенних рецидивов. Клейн же, наблюдавший эпидемию малярии в Киеве в 1923-м году, пришел к отрицательным выводам о зависимости эпидемии малярии от климатического фактора.

Из всех видов anopheles, в России, согласно исследованиям и наблюдениям многочисленных авторов, встречаются, главным образом: в средней полосе—anopheles maculipennis, реже anopheles bifurcatus; в Туркестане, кроме этих двух видов еще anopheles pulcherrimus—Theobald'а и pseudopictus и весьма редко superpictus (по наблюдениям М. В. Васильева).

Исаев находил во время последней эпидемии в Туркестане anopheles maculipennis, pulcherrimus и pseudopictus. Что касается местонахождений комаров, то у нас, как известно, они живут в хлевах, стойлах, скотных сараях, заброшенных постройках, отхожих местах и т. п. На излюбленное поселение комаров в скотных сараях и вообще местах, где находится скот, указал Кожевников еще в 1903-ем году, ставя в связь с этим питание комаров кровью животных. Roubeau и Wesenberg различают даже две расы комаров: зоофильную и антропофильную; поэтому существует способ борьбы с комарами, путем отвлечения их внимания скотом и к такому способу прибег д-р Кондалаки, на основании своих собственных наблюдений. Вероятно, комары anopheles действительно предпочитают кровь животных крови человека, но существование особой зоофильной расы другие исследователи, как напр. Марциновский, отрицают.

В средней России, по наблюдениям Никольского, имеется развитие в течение года не менее 3-х поколений комаров. Порчинский указывает данные Nuttal'а и Shilpy для Англии, что там имеется 4 поколения ежегодно. Кулагин же считает для Московского района только два поколения. В Финляндии первых личинок находили в начале июня, под Москвою 10-го мая, в Воронеже личинок и куколок в конце апреля. При этом Порчинский указывает, что личинки culex'а и anopheles'а вместе не встречаются. Щелкановцев,—что личинки anopheles'а и culex'а в начале лета вместе не встречаются, но потом они могут встречаться и вместе. Марциновский же утверждает, что они могут все время быть находимы в одном и том же водоеме. Так было и при наших исследованиях, *где в одной и той же луже в нескольких местах, были найдены вместе личинки* anopheles'а *и* culex'а.

Если мы коснемся вопроса о проценте зараженности комаров паразитами малярии, то окажется, что процент этот вообще невелик, а у некоторых авторов, несмотря на многочисленные исследования, процент этот равнялся нулю. Попов указывает 1% зараженности комаров для Армении; Рубашкин нашел в местностях, сильно пораженных малярией, с высоким селезеночным и паразитарным index'om только 0,4—0,6% зараженных комаров. Наивысший процент 33,3%, указывает Марциновский, для эпидемии на Черноморском побережье (исследования комаров, пойманных в селении Пинейшева). Schvellengrebel считает, что такой низкий процент положительных находок вызван тем, что исследования производятся летом, когда гораздо труднее найти паразита в теле комара.

По его данным напр. в Амстердаме процент зараженных комаров зимой=$6^1/_2$, в то время, как летом он равнялся нулю (0).

Эпидемии малярии в средней России, в том числе и наша эпидемия Мозырского уезда, представляют собою тип эпидемии умеренного пояса, которая характеризуется максимальной вспышкой в весенние месяцы апрель-май, в отличие от эпидемий южного пояса, с максимальной заболеваемостью в августе и сентябре. Для об'яснения причины ранней вспышки эпидемии весной, Kolle и Hoetsch высказали предположение, что вспышка эта об'ясняется перезимованием паразитов в теле комара. Комары укрываются на зиму в теплых местах (в щелях половиц или хлевах) и в их теле происходит медленное развитие спорозоита, или же, возможно, что вылетевшие комары, насосавшись крови у хроников и паразитоносителей, сейчас же инфицируют здоровых.

Mühlens считает такое об'яснение недостаточным, потому что во 1) до сих пор не доказана еще возможность перезимовки паразита в теле комара; 2) если даже допустить, что перезимовавшее поколение по вылете своем успело насосаться инфицированной крови в середине апреля, то первые массовые заболевания должны были бы иметь место не раньше конца мая, из расчета, что созревание паразитов плюс инкубационный период у человека равняется в среднем $1^1/_2$ месяцам.

Кроме того поколение перезимовавших комаров слишком немногочисленно, а новое поколение вылетает только в июне месяце. Поэтому целый ряд исследователей: Ziemann, Mühlens, Waeterhöfer, Schittenhelm и Schlecht выдвигают причинным фактором так называемую первичную латентность (primäre latenz), подкрепляя свои заявления наблюдениями Flenhburg'a в Швеции, Ziemanna в Германии и случаем Gerhartz'a, причем под первичной латентностью они подразумевают такое состояние, когда зараженный малярией не проявляет долгое время внешних признаков болезни, и только благодаря какой нибудь травме, простуде или другой инфекции получается вспышка процесса. Отсюда Fr. Alexander сделал вывод, что раннее появление вспышки tertianae об'ясняется присутствием большого количества лиц с первичной латентностью, заболевших осенью, у которых инкубационный период продолжался 6-10 месяцев, и что такие ранние вспышки именно характерны для местностей со слабой tertiana. В этих местностях, повидимому осенняя генерация спорозоитов слишком слаба, чтобы сейчас же вызвать заболевание. Сохраняются наиболее стойкие формы—гаметы, и они весной путем партеногенеза, дают новую генерацию. [1] В России такого же взгляда придерживается Лурия, описавший эпидемию малярии в Казани с легким течением и максимумом заболеваний в весенние месяцы.

II

Перейдем к описанию эпидемии малярии текущего года в Мозырском уезде.

Первые сведения о значительной эпидемической вспышке малярии в Мозырском уезде были получены представителем Наркомздрава на уездной конференции участковой медицины в городе Мозыре в начале 1924 года. Оффициальные данные, поступавшие с мест, не давали полного представления о размерах эпидемии.

Для выяснения действительного характера и величины распространения малярии 15-го апреля Наркомздравом отправлен был отряд в составе д-ра Раховского и студента Айзенмана. Отряд вез с собою небольшую лабораторию и имел цели исключительно обследовательские.

В городе Мозыре отрядом были обследованы все детские дома, одна школа в пригороде Телепунах, расположенная на самом берегу Припяти, и производилось микроскопическое исследование крови больных, подозрительных по малярии, поступавших в местную амбулаторию.

Данные обследования детских домов показали, что во всех, за исключением одного, расположенного в высокой части города, значительная часть детей болела в 1923 году малярией. В пятом детском доме, переведенном из уезда (дер. Костюковичи Слобод. вол.) 60% детей болело малярией в прошлом году.

Микроскопическое исследование крови обнаружило у 2-х детей этого дома, не проявлявших признаков заболевания, паразитов трехдневной лихорадки. В Телепунской школе в крови одного ребенка, болевшего 2 недели назад малярией, были найдены плазмодии tertianae. *У 90% обследованных амбулаторных больных (главным образом приезжих крестьян) имелись в крови плазмодии.*

[1]) Клейн Б. И.. Эпидемия в Киеве 1923 г.

При поисках комаров, в подвале одного дома на берегу реки Припяти обнаружены зимовавшие Anopheles maculipennis.

После этого отряд выехал на уезд (30-го апреля.)

Были обследованы: село Слобода (Слободской вол.), село Костюковичи (той же волости), м-ко Скрыгалов, село Балажевичи (Скрыгал. вол.) и Багриновичи (Копаткевич. волости)

В Слободе также были найдены зимовавшие комары рода Anopheles maculipennis. Гнезда их преимущественно находились под половицами домов, откуда они и вылетали, оживая после зимнего оцепенения. через отдушины фундаментов (под завалинками). В селе этом было уже к тому времени зарегистрировано 7 первичных случаев малярии.

В деревнях Костюковичи и Бесядки было произведено подварное обследование всего населения. Отрядом обходились все избы, от одного конца села до другого, и регистрировались больные малярией. У каждого бралась кровь для исследования на плазмодии и производилось клиническое обследование.

В Костюковичах зарегистрировано 27 больных на 400 душ населения, что составляет около 7%. Детей было 37% числа больных. Исследование крови тут же на месте, во взятых на выбор мазках обнаружило различные формы паразита tertianae, начиная от кольца и кончая формой деления.

В Бесядках было обследовано 700 человек и зарегистрировано 71 больных малярией, что составляет—10% всего населения.

В обоих названных пунктах найдены комары Anopheles maculipennis Первые попытки найти личинок комаров не увенчались успехам, ибо единственный водоем—это была река Припять, еще не вошедшая в свои берега, а площадь между обоими названными пунктами—10 верст, представляла сплошное море воды.

Убогий вид крестьянских хат, тесно прижавшихся друг к дружке у берега широкой бурной реки, желтые изнуренные лица маляриков, поджидавших нас у ворот и в окнах домов, производил тяжелое впечатление.

Следующий пункт обследования—было м-ко Скрыгалов, расположенное также недалеко от берега (2 версты) и по случаю разлива реки стоявшее на самом краю воды. Здесь было зарегистрировано—25 больных. Микроскопическое исследование крови некоторых из них показало наличие наиболее стойких форм плазмодия—мужских и женских гамет.

Комары Anopheles maculipennis в изобилии находились повсюду, между прочим также в местной участковой больнице, во всех палатах, (подвешенными на потолке в углах и на стенах). При поисках личинок комаров в прудах и водоемах удалось обнаружить исключительно личинок и куколок culex'а ни разу Anopheles'а.

К сожалению предварительную обследовательскую работу пришлось прекратить из-за отсутствия хинина. Население требовало помощи и весьма неохотно шло навстречу работе отряда, зная, что хинина отряд с собой не привез.

Было ясно, что только начинавшаяся эпидемия имеет все данные к дальнейшему распространению. На лицо большое количество очагов Anopheles и большое количество паразитоносителей, не лечившихся из-за отсутствия хинина. Наконец, из разных районов от участковых врачей получались тревожные сведения.

В целях широкого обследования и изучения эпидемии во всем Мозырском уезде, а также для борьбы с ней, на территорию пораженных районов были высланы в мае и в июне 3 врачебных отряда в составе: I-й отряд—врач Я. А. Раховский и лекпом Булавко; II—врач И. А. Сутин и студент Айзенман и III-ий—врач Г. А. Столяров и

студент Беленький. Отряды были сорганизованы директором Белорусского Пастеровского Института Б. Я. Эльбертом (по заданию Н.К.З.Б.) и работали все время по его указаниям. Не имея точных сведений о пораженности отдельных пунктов, пришлось работу распределить сообразно с географической картой уезда.

III.

Мозырский уезд, как и все Полесье, с его известными Пинскими болотами, тянущимися на сотни верст, бедными растительностью и изобилующими комарами, всегда являлся очагом эндемического существования малярии.

Приблизительно раз в 15 лет вспыхивали сильные эпидемии, поражавшие большинство сел и местечек уезда. Население прекрасно знакомо с малярией, которое на местном наречьи носит название „Хиндя" (район р. Птич.). „Хундя" (Скрыгалов., Буйнович. и Петриков. вол.), Хондя и Несбудь (Туровск. и Тонежск. вол.).

Сравнительно с другими уездами, как старой, так и новой Белоруссии, видно, что Мозырский уезд является самым пораженным по малярии:

Оффициальные данные Н.К.З.Б. за 1923 г.

УЕЗДЫ.	Число больных малярией.
Мозырский уезд	**851**
Минский „	479
Борисовский „	404
Бобруйский „	811
Червенский „	84
Слуцкий „	240

6 месяцев 1924 г.

Борисовский уезд	56
Могилевский „	122
Оршанский „	74
Мстиславльский „	54
Мозырский „	**1897**
Рогачевский „	361
Витебский „	180
Полоцкий „	30
Бобруйский „	295
Червенский „	26
Калининский „	387
Бочейковский „	37
Горецкий „	313

И если в 1923 тоду в Мозырском уезде было 851, то за 6 месяцев 1924 года по оффициальным данным мы имеем амбулаторно зарегистрованных 1897 случаев.

Последняя эпидемия явилась, повидимому, следствием тех же причин, что и в других губерниях Украины и Сов. России.

За последние 10 лет сеть осушительных каналов в болотистых частях Мозырского уезда пришла в полный упадок. Получилась засоренность и вследствие этого усиленная заболачиваемость местности. Далее огромный разлив Припяти и ее притоков, имевший место в текущем году, соединил многочисленные ее рукава, затоны и озера в широкую и могучую реку, местами достигавшую 8—10 верст в ширину. Река затопила все приречные села, залив водой дворы, скотные сараи

и избы. Возвращаясь в свое русло, Припять образовала множество болот и озер, не высыхавших в течение всего лета.

Все это создало благоприятные условия для обильного выплаживания комаров и распространения эпидемии.

Река Припять протекает с запада на восток, принимая в себя притоки: Птич и Иппу слева, Ствигу, Уборть и Славечну справа, через территорию Мозырского уезда с площадью в 13000 кв. верст.

Целиком обследовать весь уезд не представлялось возможным. Были обследованы лишь прилегающие к рекам районы.

Работа отрядов продолжалась до 1-го августа, производилась она по вышеуказанному принципу т. е. во всех селениях делались подворные обходы, больные исследовались клинически, у всех бралась кровь для микроскопического диагноза.

Работать отрядам приходилось в довольно трудной обстановке: была страдная пора, население деревни все бывало на поле, обходы приходилось устраивать либо с восходом солнца, либо по заходе его.

И все таки большой процент больных не попал в регистрацию. Часть больных отсутствовала, часть скрывала заболеваемость малярией, наконец некоторые, по своей невежественности, обращались к колдунам и знахарям.

1-ым отрядом были обследованы район реки Птич и Туровская и Толежская волости.—В районе реки Птич на правой и левой его сторонах обследованы села: Коцуры, Михновичи, Ивашковичи, Рог, Бобречье с Млынком, Хустное, Городище, Слободка и Теребов.

В обследованных 10 деревнях зарегистрировано 408 больных, что составляет по отношению к числу населения—6,4%

По возрастам они распределяются:

от 0— 1	1
„ 1—10	76
„ 10—20	139
„ 20—30	81
„ 30—40	52
„ 40—50	28
„ 50—60	19
„ 60—70	10
свыше—70	2

По полу они распределяются: 207 мужского или 50,7% и 201 женского или 49,3%.

Почва обследованного района—песок; масса болот. Множество мелких речек и каналов прорезывают всю поверхность этого района, направляясь к реке Птич.

Следует отметить, что несмотря на самые тщательные поиски личинок Anopheles нигде их нельзя было найти, тогда как личинки и куколки Culex'а находились в изобилии во многих водоемах.

Так как обследование производилось в начале июня, то нужно думать, что в этой полосе развиваются только 2 поколения комаров, из которых первое поколение начинает летать в начале июля, а второе, остающееся уже на зимовку, в сентябре. Весной, до июля месяца, летают зимовавшие комары.

Среди обследованных деревень на первом месте по числу больных стоят Михновичи и Коцуры, как видно из прилагаемой таблицы:

Название деревни	Число больных	Число жителей	% к населению
Михновичи . . .	**183**	**960**	**20%**
Коцуры	60	400	15 „
Бобречье с Млынком	29	740	3,9 „
Хустное	44	700	6,3 „
Городище . . .	6	335	1,8 „
Теребов	54	1250	4,3 „
Слободка . . .	6	350	1,8 „
Ивашковичи . .	16	560	2,9 „
Рог	10	900	1,1 „

Две наиболее пораженных малярией деревни представляют собою селения, разбитые на хутора.

Коцуры—расположены вдоль малого Птичика, притока Припяти. Отдельные хутора этой деревни окружены низкорослым лесом, болотами, бродами, стоячими лужами.

От самой деревни осталось десятка полтора изб, стоящих на самом берегу Птичика. Вокруг нее озера, поросшие водяным лютиком (Ranunculus aquaticus)—место, где часто встречаются личинки Anopheles, но в момент обследования личинок Anopheles найти нельзя было.

Дер. Михновичи расположена на берегу проточного озера, соединяющегося с Припятью. Возле него много малых озер и болот, покрытых растительностью. Отдельные хутора также окружены кругом болотами, лесом и лужами.

Комаров Anopheles maculipens можно было легко находить во всех домах, сидящими при заходе солнца на окнах и бьющимися в стекла. Встречались преимущественно самки.

Обращало на себя внимание то, что в домах, содержавшихся более грязно, в низких, бедных лачугах их было гораздо больше, чем в высоких чистых избах.

Самцов обнаружено было в домах очень мало; только на наружных стенах Михновичской церкви скопилось много самцов; они прятались под карнизами, у фундамента и в углах. Это был единственный случай за все время экспедиции, когда нам удавалось наблюдать комаров Anopheles в природе.

В других деревнях также обнаружены комары Anopheles maculipennis в домах и скотных сараях.

Что касается движения эпидемии в описываемом районе, то, не дав в январе и феврале значительных заболеваний, она в марте дала уже большое количество больных и наиболее резко поднялась в мае месяце, как видно из нижеследующей таблицы:

Январь . . .	2 случая	Апрель . . .	124 случая
Февраль . . .	— „	Май	201 „
Март . . .	15 „	Июнь (до 20-х чисел) .	66 „

Клиническое течение малярии представлялось ввиде неправильной tertianae, с приступами через день и частью ежедневно. Заболевания не носили тяжелого характера и легко поддавались лечению хинином. Серьезных осложнений и смертных случаев мы не наблюдали.

Главная масса больных были—первичные, процент рецидивов—20 (на 408 больных первичных 327 или 80%; рецидивов—81 или 20%) при чем под рецидивами отмечались те случаи, где лихорадка повторялась не только в течение данного года, но и после годичного перерыва. (Определение Celli).

Увеличение селезенок наблюдалось у 170 больных, из них:

Селезенка слегка прощупывалась у . . .	94	больных
„ выступ. на 1 палец из-под края дуги у	19	„
„ „ „ 2 „ „ „ „ „ „	33	„
„ „ „ 3 „ „ „ „ „ „	20	„
„ „ „ 4 „ „ „ „ „ „	4	„

Район Туровской, Тонежской и Лельчицской волостей.

В районе обследованы деревни: Переров, Бечи, Озеряны, Сторожевцы, Иванова Слобода, Боровое, Милошевичи, Глушковичи, Лельчицы и Симоновичи.

В нем резко отличаются две части: первая, прилегающая к реке— так называемое местными крестьянами „Поречье", а вторая—собственно „Полесье".

Плодородное Поречье—Туровщина, богатейший и густо населенный край Мозырского уезда. Узкой лентой вдоль берега реки тянутся на коротком расстоянии деревня за деревней.

Не то встречаешь в „Полесьи". Здесь деревни—одиночные оазисы среди лесов и болот. Расстояние между ними верст 20—30.

Жалко и одиноко выглядят они среди могучих лесов с гигантскими столетними дубами и непроходимых болот, тянущихся на сотни верст от берега Припяти на юг до Волынской губернии.

Болота направляются далее на запад к польской границе, соединяясь с пинскими болотами.

Далеко немногочисленная сеть каналов, прорезывающих описываемую площадь, с начала войны забыта и заброшена. Постепенно мелеют каналы и их основная функция, осушать леса и болота, замирает.

Обследование этих деревень обнаружило большое количество комаров Anopheles. Днем они прячутся в обычном месте: в скотных сараях, уборных и темных углах, а к ночи наводняют жилища.

Достаточно было нам оставить раз вечером открытыми окна, чтобы их набилось несметное количество в комнату. И только после двухчасового выкуривания от них удалось освободиться. Для выкуривания комаров жители пользуются здесь губкой—паразитом растущим на дубе и называемым по местному „Скрипель". Дым и запах „Скрыпеля" выгоняет комаров.

В каждой деревне, то в луже, то в большом водоеме, обитали личинки и куколки Anopheles.

Особенно много их было в Перерове, где поверхность омывающего деревню речного рукава со слабым течением была сплошь покрыта „водяной ватой"—скоплением нитчатых водорослей.

При каждом взмахе ковша (употребляемого для ловли личинок) их набиралось несколько десятков.

Озеро у деревни Милошевичи было также покрыто „водяной ватой" и изобиловало личинками. В Милошевичах нам пришлось наблюдать в лужах посредине села совместное жительство личинок Anopheles и Culex. Вода в лужах была настолько грязна, что трудно было предположить в них существование личинок Anopheles.

При исследовании населения деревень было зарегистрировано больных:

Название деревни	Число больных	Число жителей	% к населению
Переров . . .	60	1500	4%
Бечи	15	500	3 „
Озеряны . . .	15	640	2,3 „
Сторожевцы . .	5	300	1,6 „
Иванова-Слобода	1	300	0,3 „
Боровое	10	1000	1 „
Милошевичи . .	50	1000	5 „
Глушковичи . .	10	1300	0,75 „
Симоновичи . .	5	—	—
Лельчицы . . .	23	—	—

Наибольший процент больных в Милошевичах и Перерове вполне соответствуют обилию личинок в водоемах этих деревень.

По возрасту больные распределяются:

Возраст	Число больных	Возраст	Число больных
0— 1	1	40—50	12
1—10	18	50—60	11
10—20	77	60—70	3
20—30	50	свыше 70	3
30—40	19		

Случай, отмеченный в рубрике 0—1 год, относится к грудному ребенку 2-х месячного возраста. Ребенок болел в течение месяца 3-х дневной лихорадкой с приступами, повторявшимися по вечерам через день. Перед приступом ребенок синел, ручки и ножки холодали. Селезенка выступала на 2 пальца из-под края реберной дуги. При микроскопическом исследовании крови обнаружено большое количество шизонтов и много женских гамет Plasmodim vivax.

Мы останавливаемся на данном случае потому, что заболевание малярией у грудных детей довольно редки. По данным Сочинской малярийной станции (проф. Рубашкин) за 2 года из 3839 наблюдений зарегистрировано только 4 случая малярии у детей до 6 мес.

Из числа 194 вышеуказанных больных первичных было: 173 или 89 проц., рецидивов 21 или 11 проц.

По месяцам больные распределяются:

Январь	—	Май	54
Февраль	1	Июнь	71
Март	4	Июль	27
Апрель	37		

Как особенность данного района приходится отметить необычайную невежественность населения. Среди жителей Тонежа, живущих в глуши, на расстоянии 120 верст от железной дороги, чрезвычайно распространены всякого рода поверия, языческие обычаи и традиции.

В качестве лечебного средства от малярии, кроме общеупотребительных в Мозырском уезде, о чем будет речь ниже, в большом ходу моча и конский помет.

IV.

Пространство, где протекала работа 2-го малярийного отряда, обнимает поверхность, расположенную у реки Припяти по двум берегам ея от селения Конковичей до Лясковичей и местности к северу и к югу от них. Сюда входили селения: Лясковичи, Дорошевичи, Голубица, Вышелов, Макаричи, Турок и Конковичи на левом берегу Припяти; Мордвин, Моисеевичи и Снядин на правом берегу, затем Копцевичи к северу и Острожанка, Глинница, Шестовичи, Махновичи и Злодин к югу от Припяти. Левый берег в этом районе нагорный, почва—в массе пески и болота. Среди песков большое число стоячих вод, водоемов, заброшенных колодцев, где впоследствии оказалось много личинок anopheles. (Обследование началось с середины июня). При поисках комаров таковые были обнаружены абсолютно всюду и в больших количествах: в хлевах, сараях, заброшенных постройках, а вечером залетавшими в жилище. Комары были всюду, и, как правило, самки преобладали над самцами, находясь, главным образом, в скотных сараях и жилищах, т. е. там, где для них была пища. Из видов anopheles мы находим только anopheles maculipennis. Culex был в меньшем числе, главным образом, в лесистых местностях, редко в жилищах. Кусавшие нас на воздухе комары, были исключительно culex, и ни разу anopheles. Обследование водоемов показало наличие большого количества личинок anopheles. Так в деревне Дорошевичи на дворе, где помещался отряд в заброшенном колодце был настоящий питомник для выплаживания anopheles, была масса личинок разных возрастов, яичек и куколок. В другом селе, в Лясковичах, в огородных лужицах (в низком месте) были пойманы в большом количестве жившие вместе личинки culex и anopheles, как об этот говорилось уже выше.

Наличие взрослых личинок и куколок во второй половине июня указывало на вероятность не менее двух поколений комаров в этой местности.

Пораженность населения в этом районе была следующая:

Лясковичи	на	1000	ч.	44	больных	4,4%
Голубица	„	500	„	8	„	1,6 „
Дорошевичи	„	480	„	16	„	3,3 „
Макаричи	„	860	„	14	„	1,6 „
Вышенов	„	600	„	18	„	3 „
Конковичи	„	900	„	45	„	5 „
Турок	„	700	„	33	„	4,7 „

Конечно цифра зарегистрированных и обследованных больных на много меньше против действительных цифр заболеваемости населения. В деревне Дорошевичах, к моменту прибытия отряда, не было на лицо ни одного взрослого мужчины. Все ушли на болото косить за 30 верст на неделю и, конечно, не могли успеть явиться и быть обследованными, ибо отряд проводил в среднем 1—2 дня в населенном пункте. В Конковичах напр. из опроса местных жителей выяснилось, что весной в каждой почти хате были больные, дворов в селе 200, а к моменту прибытия отряда зарегистрировано и обследовано только 45 больных. Ясно, что действительные цифры по крайней мере в 2—3 раза больше наших собранных данных. Вспышка эпидемии во всем здешнем районе наблюдалась весьма ранняя, большинство больных считает себя больными от самого „Великого дня", многие за одну-две недели до Великого дня, т. е. с середины или второй половины апреля. Заболевания же

носили в общем легкий характер и лишь в селении Турок удалось увидеть малярию, осложненную тяжелым отеком всего тела и резкой желтухой.

На правом берегу была несколько иная картина. В деревнях Мордвин и Снядин, расположенных в низине, вода была до середины мая. Все кругом было затоплено, причем уровень воды доходил в избах до печей. Еще к нашему приезду стояли громадные лужи и невысыхавшие болота, стояли броды, где телега вязла выше колес, и как раз в это же время был разгар эпидемии. Большинство зарегистрированных здесь больных, были больные свежие, и почти половина из них исследовалась во время приступа. Темное и невежественное население этих мест, особенно села Мордвин, не считало нужным обращаться за помощью, предпочитая не лечиться вовсе, или же лечиться исключительно своими „бабскими“ средствами. Несмотря на близость фельдшерского пункта и крупной участковой больницы, *ни один из 38 здешних больных не лечился у врача,* боясь, чтобы врачи „его не травили хиной“. Также и вся эпидемия здесь носила как будто более тяжелый характер: наблюдались осложнения, а один случай окончился смертью.

Случай этот приводим: Больная Масло Екатерина, 13 лет, из хутора Торгашин вблизи Снадина (нужно отметить, что хутора, расположенные одиноко среди лесной топи и болот, являлись самыми пораженными очагами малярии) заболела малярией за две недели до нашего осмотра. Приступы сначала повторялись черезь день, но после трех приступов, повторялись ежедневно. В момент обследования t° 40.7°, селезенка выступает на 3 пальца из-под края ребер, состояние бессознательное, клонические судороги рук, ног и подергивание мышц лица. Через 6 часов смерть. В крови обнаружены множественные плазмодии tertianae, главным образом половые формы.

Цифры заболеваемости здесь:

Мордвин . . .	на 660 чел.	38 больн.	или	6%
Снядин . . .	„ 960 „	37 „	„	3,9%
Моисеевичи . . .	„ 450 „	5 „	„	1,1%

Сравнительно малый процент заболеваемости в Моисеевичах об'ясняется природными условиями этого места, (она не была затоплена, как другие); кроме того в 2-х верстах находится участковая больница, куда крестьяне ходили и население успело во время вылечиться, или вернее, ликвидировать приступы малярии. Дальнейшее обследование велось нами в местности, отстоящей от реки на 10-25 верст, и тут влияние речного фактора оказалась наиболее сильным. Несмотря на болотистую почву и на обилие других благоприятствующих моментов, заболеваемость здесь оказалась меньшей.

В Острожанке	на 650	чел. было	9 больн.	или	1,4%
„ Глиннице .	„ 560	„ „	3 „	„	0,5%
„ Злодине .	„ 700	„ „	10 „	„	1,4%
„ Махновичах	„ 1200	„ „	15 „	„	1,2%
и только Шестовичи дали	540	„ „	27 „	„	5%,

но Шестовичи расположено ближе других к Припяти и лежит на берегу большого озера, которое в сущности является заливом Припяти.

Остается сказать еще несколько слов об отдельно стоящей ст. Копцевичи. Ст. Копцевичи—рабочий поселок с населением в 750 душ, при фанерной фабрике „Звезда“. Местность здесь болотистая, кругом вокзала водоемы, где впервые и были нами найдены личинки anopheles. Реки близко нет, Припять в 15 верстах. Население культурное, живет в чистых квартирках, дало заболевание весьма малое (3 случая). Таким

образом по всему этому району было больных 325 чел., кои по полу распадаются на 184 мужского и 141 женского.

По возрасту больные распределялись:

от 0—1 г.	—
„ 1—10 г.	48
„ 10—20 „	114
„ 21—30 „	83
„ 31—40 „	48
„ 41—50 „	13
„ 51—60 „	13
„ 61—70 „	6
Свыше 70 „	—

Что касается движения заболеваний в этом районе, то мы видим следующую картину:

Январь	1 бол.
Февраль	3 „
Март	11 „
Апрель	54 „
Май	95 „
Июнь	118 „
Июль (до середины)	43 „

Как видно из таблицы, апрель дал уже значительную вспышку, максимум же дал июнь: возможно, это нужно приписать тому обстоятельству, что больные исследовались главным образом в конце июня и в июле месяце. Лечилось больных хинином до нашего приезда очень мало, всего 62 человека да и те принимали по 2-3 порошка, и, когда у них приступы выступали вновь, они совершенно разуверивались в благотворном действии хинина. Среди всех больных оказалось: случаев первичных 257, рецидивов 65, реинфекций 3, (болевшие в 1914, 1916 и 1919 г.). Приступы правильные, через день, отмечали 198 чел.; ежедневные—78, неправильный тип лихорадки—49. Из 325 исследованных нами лиц селезенка была прощупана только у 129 чел., причем:

у 75 лиц селезенка слегка прощупывалась,

„ 14 выступала на 1 палец

„ 30 „ „ 2 „

„ 10 „ „ 3 „

Между прочим в Копцевичах нами было произведено до 60 препаровок комаров, и ни в одном случае не найдены паразиты лихорадки.

Восточная часть Мозырского уезда представляет собою почти сплошную низину с небольшим количеством холмов. Здесь протекают следующие реки и речки: Припять, Иппа, Тремля с каналами, Птич,

Березина, Свель с каналами, Лубня, Железница, Ржевец, Лобковка, канал Жолонь, Славечня, Мытва, Усечна, Наровлянка и Солокуча.

Почва здесь, преимущественно, песчаная с небольшой, сравнительно, примесью чернозема.

Местность довольно обильно покрыта лесами: хвойными—в северной части и смешанными—в южной.

При обследовании местности не отмечалось села и деревни где-бы не было комаров, от которых весной абсолютно не было покоя.

Нам приходилось наблюдать, как комары вечером перед дождем налетели в помещение в таком большом количестве, что у окна был шум, как возле улья. *)

Нужно заметить, что из комаров преимущественно попадался Anopheles и реже Culex.

Чаще всего попадались самки, которые были очень выносливыми, оставаясь живыми без пищи $1^{1}/_{2}$ недели. Попадались комары чаще всего в хлевах и реже в хатах. При работе преследовалась цель обследовать как можно больше населенных пунктов и людей. Технически работа производилась следующим образом: запасшись предварительно в волисполкомах мандатами об оказании нашей работе содействия, мы, приехав в деревню представляли имеющиеся у нас мандаты, об'ясняли цель нашего посещения и просили об отводе нам более или менее сносного помещения, где можно было бы принимать и исследовать больных. Затем просили проводника, с которым ходил один из нас по деревне, производил предварительную регистрацию больных и болеющих малярией и направляя их в отведенное администрацией села или деревни помещение, где другой из нас собирал необходимые сведения, записывая, исследуя больных и снабжая, в случае надобности, хинином. В большинстве случаев количество записавшихся и количество явившихся более или менее совпадало, а если иногда и разнилось, то не на много, так как уклоняющихся от подобного рода регистрации, ни к чему их не обязывающей, было сравнительно мало; а так как при этом оказывалась медицинская помощь с бесплатной раздачей хинина, то естественно, что наш отряд имел успех у населения, которое охотно шло, жалуясь не только на малярию, которую здесь называют „хиндей" или „трясцей", но также на всякого рода другие недуги. Единственно, что мешало нам вести правильную регистрацию больных, это рабочая пора, в виду чего население находилось большую часть дня в поле. В этом году, благодаря знойному лету жатва совпала с покосом, вследствие чего на работу в поле одновременно выходили женщины жать, а мужчины косить, оставляя дома стариков и детей.

К этому пришлось приспособиться, производя регистрацию и обследование населения пред выходом в поле на работу, то есть по утрам, и после возвращения с поля—по вечерам. Благодаря этому рабочий день начинался у нас очень рано. Всю остальную часть дня посвящали на исследование местности и переезды по деревням, находящимся друг от друга на 5—10 верстном расстоянии, на что тратилось около 1—2 часов.

За период времени от второй половины июня до первых чисел августа было обследовано 107 населенных пунктов, в которых жило 65.438 человек. В вышеуказанном количестве обследованного населения обнаружено 742 малярика, что составляет 1,1%.

На распространении малярии оказал сильное влияние водный фактор, что видно из нижеследующей таблицы, выражающей зависи-

*) Население, дабы избавиться от них, жгут хвойные шишки и заношенные онучи.

мость, существующую между наиболее зараженными населенными пунктами с одной стороны и речками их омывающими, с другой:

% / 1	7	6	5	4	3	2	1	Менее 1
Деревни:	Клинск Акимовичская Рудня Акимовичи	Конотоп Лисава	Гарбовичская рудня Барбаров	Садки	Гурны Стрельск	Кротов Капличи-Пески Шынчи Туровичи Бобровичи Акулинки Тешково Вяжище Демидов	Березняки Многоверш Уболоть Буда Пеница Вербовичи-Гридень Дерновичи Мальцы-Свеча	В остальных 77 (107—30) не перечисленных пунктах, более или менее удаленных от речек.
Речки:	Иппа	Припять Лобковка	Неначь Припять	Иппа	Припять	Иппа Неначь Обедовка Припять Славечня	Оховка Обедовка Глыбочек Лубня Мытва Припять Мальцовка Славечня	

Из вышеприведенной таблицы видно, что наиболее пораженной малярией местностью в восточной части Мозырского уезда есть район, омываемый речкой Иппой, с отлогими, топкими, заросшими берегами и с едва заметным течением, тогда как населенные пункты, более или менее удаленные от речек, поражены менее чем на 1%.

Из 742 маляриков на долю мужчин приходится 416 человек, что составляет 56% и на долю женщин 325, или 44%.

Что касается возраста, то нижеследующая таблица, выраженная в абсолютных и процентных величинах, говорит о возрастном распределении больных:

Возраст.	0—1	1—10	10—20	20—30	30—40	40—50	50—60	60—70	70—80
Количество	15	129	202	202	91	56	33	10	4
%	2	18	27	27	12	8	4	более 1	менее 1

Подавляющее большинство больных обследованного населения белоруссы, как преобладающая в данной местности национальность.

Из всего количества больных 723 человека—местные уроженцы что составляет 98% и только 17 человек или 2%—иногородние.

По месяцам заболеваемость выражается в следующих цифрах:

Январь	Февраль	Март	Апрель	Май	Июнь	Июль
5	11	76	148	114	253	107

с ясными верхушками кривой в апреле и июне.

Переходя теперь только в немногих словах к клинической картине наблюдаемой нами эпидемии, имеем ежедневные приступы в 277 случаях или 37%, приступы через день в 326 случаях или 44%, через 2 дня—в 11 случаях или в 2% и неопределенный тип лихорадки—128 раз или в 17%.

Из вышеприведенной таблицы видно, что чаще всего, в 326 случаях, что составляет 44%, приступы повторяются через день; нужно заметить, что и большинство больных с ежедневными приступами жаловались, что с начала болезни приступы повторялись через день.

У 560 больных (76%) селезенка была увеличена на поперечн. палец

Перкуторно	Едва прощупыв.	1	2	3	4	5	6	7	8
97	254	39	80	56	17	1	14	1	1

Нужно заметить, что в некоторых случаях увеличение селезенки сопровождалось одновременным увеличением печени, что видно из нижеследующей таблицы:

	Норма	Всего	Прощуп.	На поперечный палец. 1	2	3	4	5	6
Колич.	710	32	7	9	11	3	1	—	1
%	96	4	—	—	—	—	—	—	—

Из выжеприведенной таблицы видно, что увеличение печени при этой эпидемии встречалось сравнительно редко, наблюдаясь на 742 больных только 32 раза, что составляет 4%, хотя иногда достигала внушительных размеров; в нашем случае печень доходила один раз до пупка.

Из осложнений приходилось наблюдать малокровие, достигавшее иногда значительных размеров (малокровие отмечено у 36%) Интенсивность малокровия была различна, выражаясь побледнением видимых слизистых оболочек и доходя до высших степеней истощения, сопровождаясь иногда аспидным цветом кожи.

Далее переходим к вопросу о лечении.

Нижеследующая таблица показывает сколько и как лечилось население восточной части Мозырского уезда:

Лечилось.				Не лечилось.
Всего.	Хинином.	Народными средствами.	„Смеш.“	
473	245	127	101	269
	34%	17%	14%	35%

Из вышеприведенной таблицы видно, что из общего количества зарегистрированных больных лечилось 473 человека, что составляет 65 проц. и 269 или 35 проц, совершенно не лечилось; затем видно, что к народным средствам прибегало 127 человек или 17 проц.; не мало также и „смешанного“ лечения, то есть, таких которые обращались то к хинину, то к домашним средствам.

Наше лечение производилось хинином, выдаваемым на руки в размере около 7,5 грамма. Норма такого количества была выработана НКЗдравом.

За все это время было израсходовано около 15 kilo хинина, выданного непосредственно на руки больным и 3 kilo выданного медицинским пунктам, которые весьма слабо снабжены им.

Благодаря отсутствию хинина на медицинских пунктах население сплошь и рядом переплачивает всякого рода перекупщикам, платя за один порошок в 0,3 иногда по два пуда ржи.

VI

Итак, по всему обследованному району Мозырского уезда было обнаружено 1842 малярика*), из коих мужчин 1008 или 54,3 проц., а женщин 844 или 46,7 проц., так что в общем преобладания того или иного пола среди заболевших не замечается. Если распределить всех этих больных по возрастным группам, то получим следующую таблицу:

	0-1	1-10	10-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	свыше
Число больных . .	18	313	588	446	233	116	81	37	10
% отношение . . .	1%	17%	31,8%	24,2%	12,6%	6,3%	4,4%	2,1%	0,6%

Как видно из таблицы, главная масса падает на возраст 1-40 лет, причем наивысшее количество дает возраст 10—20 лет. В этом отношении наши данные несколько расходятся с данными других авторов; напр., проф. Рубашкина по Сочинской малярийной станции, где у него наибольший процент наблюдается в группе 21-30 лет. Следующие две таблицы дают наглядную картину движения заболеваний в этом году

*) Означенные цифры, как уже было указано неоднократно, безусловно меньше действительной заболеваемости населения.

и вообще выявляют характер и течение малярии в Мозырском уезде. В нынешнюю эпидемию имеем:

в январе	11	заболеваний
„ феврале	27	„
„ марте	134	„
„ апреле	459	„
„ мае	526	„
„ июне	508	„
„ июле	177	„

Итак,—на-лицо: ранняя вспышка эпидемии и максимум заболеваний в апреле—мае. Данные статистического отдела Наркомздрава о заболеваемости малярией за 1923 г. дают совершенно аналогичную картину:

в январе 1923 года	12	заболеваний
„ феврале „ „	17	„
„ марте „ „	67	„
„ апреле „ „	63	„
„ мае „ „	251	„
„ июне „ „	122	„
„ июле „ „	94	„
„ августе „ „	81	„
„ сентябре „ „	58	„
„ октябре „ „	35	„
„ ноябре „ „	8	„
„ декабре „ „	33	„

Кроме того, отсюда еще явствует, что кривая заболеваемости дает только один под'ем, с постепенным уменьшением к осени. В общем, картина нашей эпидемии целиком походит на соседнюю киевскую эпидемию 1923 года и другие эпидеми на Украине. Еще обращает на себя внимание раннее начало эпидемии. Цифра за март месяц в 134 больных дает некоторое указание на правильность взгляда Fr. Alexander'a и применимость фактора первичной латентности для нашей эпидемии. Из этих 134 лиц, большая часть были первичные больные, которые получить инфекцию в марте месяце, когда еще лёт комаров не начинался, не могли; повидимому; это и были паразитоносители, инфицированные еще прошлой осенью. Эпидемия охватила не все районы одинаково, что видно из таблицы:

	Общее число населения.	Количество больных.	% по отношению к населению.
Район р. Птич	6135	408	6,4%
Поречье	2940	95	3,2%
Полесье	5600	99	1,8%
Район Буйновичской и Скрыгаловской волостей	3750	64	1,7%
Восточная *) часть уезда	65438	742	1,1%
Середина Припяти	7110	258	3,6%

*) Отдельные местности перечислены выше.

Итак, наиболее пораженные местности группируются вокруг притоков Припяти, р. Птич, Иппи и друг., наконец, вдоль самой Припяти, и уже потом идут Полесье и другие области.

Для полноты картины эпидемии нужно добавить, что не было ни одного пункта, где бы не был зарегистрирован хотя бы один больной малярией местного происхождения. Если сюда добавить, что комары anopheles были находимы абсолютно всюду, то имеются все данные утверждать, что весь Мозырский уезд поражен малярией. Из комаров рода anopheles были найдены нами повсюду исключительно anopheles maculipenni's. Лет комаров впервые был отмечен нами во второй половине апреля, что соответствует данным Порчинского о лете комаров в средней России. Развитие комара в Мозырском уезде происходит, повидимому, в двух поколениях, согласно тем данным о личинках и куколках, о которых говорилось уже выше.

На все количество больных имелось у нас:

первично заболевших . . .	1588 или 86%
рецидивов	248 или 13,7%
и реинфекций	6 или 0,3%

причем под рецидивами мы подразумевали, согласно определения Celli, случаи повторения приступа не только в том же году, но также спустя год после первоначального приступа.

Клиническое течение малярии в общем носило легкий характер, не давая тяжелых осложнений, кои наблюдались, как редкость. Один смертный случай описан нами выше. По характеру приступов было отмечено:

у 1076 или 58 3% . .	приступы через день
„ 549 „ 30% . . .	ежедневно
„ 214 „ 11,6% . .	неправильно
„ 3 „ 0,1% . .	по два раза в день.

Характерно, что большая часть, отмеченная в рубрике „неправильные приступы“ начиналась правильными приступами через день, которые через некоторое время переходили на ежедневные.

Конечно, обстановка нашей работы не благоприятствовала детальному клиническому исследованию больных, в виду кратковременности наших стоянок в каждом пункте. Немногочисленные (60) исследования мазков крови тут же на местах, главным образом, с диагностической целью, при неясности клинических симптомов, показали наличие в крови паразита исключительно трехдневной лихорадки (plasmodium vivax). *)

Клиническое исследование маляриков дало нам также данные об увеличенных селезенках, что представляется в следующем виде:

Не увелич.	Прощупывается.	На 1 палец.	На 2 пальца.	На 3 пальца.	На 4 пальца.	Свыше 4-х пальцев.
924	502	92	170	106	28	20

или у 50% маляриков была увеличена селезенка.

Чрезвычайно любопытно остановиться на цифрах, говорящих об обращаемости больных малярией за медицинской помощью, т. е. за хинином. Оказывается, из всего количества наших больных, лечилось хинином только 513 человек или 28%, а остальная масса, или не лечилась вовсе, или в большей части подвергалась лечению собственными средствами.

*) Данные о результатах исследований всех мазков крови (1800 сл.) будут нами сообщены особо.

Этому способствовало также отсутствие хинина на участках и на пунктах, невежество и темнота населения, наконец распространенное у нас в Белоруссии мнение, что малярия болезнь не серьезная: „Трясца не хвароба“.

Заслуживает внимания перечень наиболее употребительных средств от малярии. Тут на первом месте горечи: настой на полыни, рыбья желчь. глодание осиновой коры; курение табаку, смешанного с измельченными костями трупов; настой на лягушках и ежах; моча собственная одна и в смеси с самогоном; вытяжки из конского кала; приклаживание какого-то желтого цвета к рукам, от которого выскакивали большие нарывы. Далее идут знахарские советы: держать конскую голову в зубах и „межи считать“, испугать больного, напр., бросить его во время приступа в воду, „щучку з'есць“, повесить на шею разные амулеты: вареные крутые яйца, яички кота и т. п.

И неудивительно, что эпидемия малярии не идет на убыль, ибо количество невылечившихся с каждым годом увеличивается, а обилие паразитоносителей в условиях, весьма благоприятных для существования anopheles'a, создают угрозу благополучию края.

Необходима планомерная, упорная и продолжительная борьба, чтобы вывести из края малярийную инфекцию, пустившую столь глубокие корни.

Выводы:

1. В эпидемии малярии в Мозырском уезде большую роль сыграл водный фактор. (Разлив Припяти и засоренность каналов).
2. Эпидемия эта характеризуется ранней весенней вспышкой, с наибольшим под'емом в мае месяце.
3. Эпидемия протекала в виде легкой инфекции, как и соседние эпидемии в Киеве и на Украине.
4. Тип малярии, повидимому, исключительно tertiana.
5. Из всех видов anopneles—в Мозырском уезде распространен anopneles maculipennis.
6. Население не усвоило серьезности заболевания, не вылечивается, чем создается угроза дальнейшего увеличения эпидемии.
7. Для успешной борьбы с малярией, необходимо снабдить уезд достаточным количеством хинина, а также произвести возможные осушительные мероприятия.
8. Необходимо усилить санитарно-просветительную работу и повести широкую борьбу со знахарством.

Список литературы:

1. B. Nocht. Die malaria. Berlin 1918 г.
2. Труды второго Всероссийского малярн. с'езда. Вып. II. Москва, 1924 г.
3. Д-р Б. Клейн. К вопросу об эпидемии малярии в Киеве в 1923-м году. Проф. медицины №—5—6, 1924 г.
4. Д-р А. Ефимов. Малярия на Украинском транспорте, там же.
5. Д-р М. Базилевич. Малярия Киевского Водн. узла, там же.
6. Проф. В. Рубашкин (Харьков). Малярия по наблюдениям на Черноморском побережьи. Проф. медицины № 7—8, 1923 г.
7. Л. Д. Ульянов. Обзор эпидемических заболеваний на Украине за первую половину 1923-го года, там же.
8. В. Г. Дроботько. Малярия в городе Ромнах в 1923 г. Проф. медицины № 3—4, 1924 г.
9. Креймер. Малярия на ст. Днестр „Одесского водопровода“, там же.
10. Проф. Galli-Walerio. Борьба с комарами и малярия. Издания Галлер., Саратов 1913 г.
11. И. А. Порчинский. Маляр. комар в связи с болотной лихорадкой. С.-Петербург, 1911 г.

Результаты двухнедельной работы глазного отряда в м. Логойске, Борисовского уезда, Минской губернии.

Доктор М. А. ДВОРЖЕЦ.

Две недели работы глазного отряда по борьбе с трахомой в одном месте по своим данным являются, конечно, материалом слишком ничтожным, чтобы делать из него какие-нибудь определенные и твердые выводы. Но такая работа все-же, по моему, имеет некоторые положительные стороны, а потому я позволю себе в небольшом очерке представить результаты работы отряда, в надежде, что они, если не выяснят во всей полноте состояния вопроса, то все-таки могут служить положительным материалом для определенной постановки вопросов, связанных с борьбой с трахомой.

Отряд был командирован Народным Комиссариатом Здравоохранения Белоруссии 2 июня 1924 года в местечко Логойск, Борисовского уезда, Минской губ. Логойск - одно из древнейших местечек Минской губ.: это—древнее славяно-русское поселение, бывшее когда-то в Полоцком княжестве, носило название Логожеск, и расположено в долине на реке Гайне.

В XIII веке это местечко было одним из укрепленнейших городов Полоцкого княжества, и, проходя из рук в руки, было долгое время яблоком раздора между киевскими князьями; об этом свидетельствует громадное количество валов, курганов и разного рода сооружений. В начале XII века Логойск был разрушен татарами, и в середине того же века восстановлен одним из Тышкевичей и с тех пор оставался их родовым поместьем. Местность была, очевидно, лесистой; да и сейчас вокруг местечка имеются прекрасные сосновые леса. В окрестностях Логойска известно местонахождение извести, различного сорта глины и даже железной руды. В самом местечке и на окраинах имеется много родников и ключей, которые, возможно, обладают и лечебными свойствами. Жители, например, рассказывают, что несколько десятков лет тому назад сюда приезжали лечиться от параличей, ревматизма и нервных болезней.

Из достопримечательностей, за исключением множества курганов, в недрах которых, вероятно, еще и сейчас можно найти предметы, относящиеся к глубокой древности,—следует остановить свое внимание на прекрасном, полуразрушенном замке с древним запущенным колоссальным парком. Если бы не дальность расстояния от железной дороги и отсутствие пригодной дороги для автомобильного сообщения, то здесь, по-моему, могла бы быть развернута прекрасная санатория или, в худшем случае, дом отдыха, где в тишине и далеко от городского шума и пыли, рабочий мог бы отдохнуть и восстановить растраченные за год силу и энергию.

Само местечко, как и большинство белорусских местечек, поражает своим убожеством и бедностью: в дождливую погоду—грязь непролазная, т. к. улицы немощеные. Дома, вернее говоря, деревянные избы, в большинстве крытые соломой, производят впечатление крайней ветхости. Только на одной из улиц имеется несколько новых изб, выстроенных в последнее время на месте сожженых бело-поляками при их отступлении. Занимается население, главным образом, мелкой торговлей, извозом, ремеслами и земледелием. За последние несколько лет местечко сделало крупный шаг вперед в культурном отношении, имеются две школы: семилетка и еврейская; изба-читальня, охотно посещаемая рабочей и крестьянской молодежью; театр, где кроме спектаклей, часто происходят волостные с'езды, и две кооперативных лавки, которые пользуются большой популярностью у населения. Одно из крупных достижений местечка—это электрическое освещение.

В Логойске лечебный участок с больницей на 15 коек, расположенной в бывшей когда-то частной квартире из 5-ти комнат. Инвентарем, инструментарием и медикаментами больница снабжена гораздо меньше насущной необходимости, отчего работа участка похрамывает. К тому же помещение чрезвычайно тесно.

В этой-то обстановке и получил приют для работы глазной отряд, состоящий из врача и фельдшерицы. Остальной персонал был предоставлен участковой больницей.

Необходимое специальное оборудование и медикаменты для приема глазных больных, конечно, были взяты с собой. Вся работа отряда слагалась из амбулаторного приема, оперативной помощи, поголовного осмотра населения некоторых деревень, осмотра школьников, чтения лекций; закончилась работа докладом о деятельности отряда за 2 недели волостному с'езду кредитного товарищества с представителями от сельсоветов. О приезде отряда население было заблаговременно оповещено по распоряжению Борисовского Уисполкома, волисполкомами и сельсоветами. Кроме того, я по дороге останавливался в некоторых деревнях и при содействии председателя сельсовета оповещал население этих деревень о том, что в Логойске с 4 июня начинает работать глазной отряд, о цели и значении отряда. И, наконец, мною были заготовлены отношения к председателям сельсоветов с просьбой об'явить населению об отряде. Эти отношения раздавались крестьянам различных деревень, которые в первые 2-3 дня попадали в амбулаторию, с тем, чтоб они были переданы председателю сельсовета. Все эти способы оповещения привели к тому, что весть об отряде разлетелась очень быстро и за пределы Логойской волости; и к нам стали обращаться также жители Юрьевской, Острошицко-Городецкой, Гайно-Слободской и Плещинской волости. Преобладающий контингент больных, конечно, Логойской волости.

В первый день, 4 июня, было принято 42 больных. За 12 рабочих дней амбулаторию посетили 619 больных, которые сделали 2200 посещений. Из этих 619 больных было 247 мужчин и 372 женщины (дети в особую графу не выделялись). Преобладающий контингент больных страдает трахомой, а именно: 208 человек, что составляет 33,7 проц. всех обратившихся за помощью глазных больных, при чем среди мужчин—77 трахомных больных, а среди женщин—131, что составляет 31,13 проц. среди всех обратившихся за помощью мужчин и 35,2 проц.—среди женщин. Приведенные две таблицы №№ 1 и 2 схематически изображают сказанное.

Таблица № 1.

	Мужчин	Женщин	Всего	%
Трахома	47	131	208	33,7
Прочие болезни	170	241	411	66,3
Всего заболеваний	247	372	619	100

Таблица № 2.

	Всего	Трахома	%
Женщин	372	131	35,22
Мужчин	247	77	31,13

Что касается формы трахомы, то наибольшее количество больных были поражены зернистой трахомой—92 человека; смешанной формы было 82; чисто рубцовой трахомы 34, с искривлением век—56, pannus у 63; язв роговицы у 19.

Из остальных заболеваний глаз, если отбросить большое число острых и под'острых кон'юнктивитов (бактериологические исследования по понятным причинам не производились), нужно упомянуть следующие: фликтэнулярных кон'юнктивитов и кератитов—36; ириты у трех: один на почве гонорреи; один после возвратного тифа; один ревматический; катаракта различных степеней у 16; choreo—retinitis luetica у 2; retinitis albuminurica у беременной на 8-ом месяце—1; атрофия зрительного нерва 4 случая: один от употребления денатурированного спирта; 2 после сыпного тифа; 1 от выстрела в рот (односторонняя); глаукома у 4; косоглазие у 6. Неизлечимо слепых на оба глаза 7: у 2 leucoma totale, как следствие трахомы: у 2 leucoma после обширных язв; у троих атрофия зрительного нерва,—все в возрасте от 18 до 52. Слепых на один глаз 13.

За кратковременностью пребывания отряда в Логойске и вследствие весьма неподходящей обстановки, оперативная деятельность отряда имела больше учебный характер, чем лечебный: нужно было научить участкового врача производить простейшие и вместе с тем необходимейшие глазные операции, подчас неотложные в сельской практике. С этой целью были сделаны следующие операции:

Выдавливание трахомных зерен	82	(на 164 глазах).
Эпиляция ресниц	16	
Операция заворота век	4	
Швы Gaellard'a	2	
Удаление слезного мешка	1	
Иридектомия	1	
Косоглазие	1	
Итого	107	

Если ко всему сказанному прибавить, что амбулаторный прием служил чем-то в роде практических занятий для участкового врача и средняго медперсонала, то этим лечебная и учебная деятельность отряда будет исчерпана.

Вся остальная деятельность отряда имеет, так сказать, рекогносцировочный характер: сюда следует отнести поголовный осмотр школьников и жителей некоторых деревень. Здесь мы уже имеем дело не с концентрированным материалом, как это имеет место при амбулаторном приеме, куда обращаются исключительно больные глазами,—а с материалом общим, поголовным. Были осмотрены школьники двух школ, имеющихся в Логойске: в семилетке 231 ученик; из них трахомой оказался болен 1; кон'юнктивитом 16, фликтэны у 3; блефарит у 3; остальные здоровы. Не такое отрадное явление во второй школе—еврейской; здесь из 37 школьников оказалось 4 трахомных; кон'юнктивит у 4; косоглазие у 1; остальные здоровы. Если остановить свое внимание на трахоме, а она нас, главным образом, и интересует, то приходится ужаснуться колоссальной разнице между этими двумя школами: семилетка дала 0,43 проц. трахомных; еврейская школа—10,8 проц., что составляет в 25 раз больше. В чем здесь кроется причина, трудно сказать; вероятнее всего антисанитарные условия или в домашней обстановке или в школе, а вернее всего и здесь и там. Для выяснения распространения глазных болезней, в частности трахомы, среди населения огромное значение имеет поголовный осмотр. „Действительные сведения по статистике трахомы“ читаем им у Boldt'a, „можно получить только при поголовном исследовании населения тех местностей, в которых трахома вкоренилась“. Следуя этой точке зрения, и у меня было желание произвести поголовный осмотр возможно большего количества сельского населения прилегающих к Логойску сел, но за крайне ограниченным временем, мне удалось обследовать лишь три деревни: в двух был сделан подворный осмотр, в одной—жители были собраны в один двор и на дворе осмотрены. При подворном осмотре бросается в глаза густая населенность хат, бедность и связанные с этим антисанитарные условия. Население, которое по указаниям многих авторов, не всегда охотно разрешает себя исследовать, в данном случае, сверх ожидания, очень сочувственно отнеслось к моему начинанию, и при исследовании не было ни одной заминки.

При поголовном осмотре регистрировалась только трахома, не подразделяя на женщины, мужчин и детей.

Были обследованы следующие деревни: Силичи—осмотрено 94 ч., среди них 13 больных трахомой, что составляет 13,83 проц., деревня Рудня—осмотрено 183 больных трахомой, т. е. 11,47 проц., и наконец и Гостиловичи—осмотрено 138, больных трахомой 19, т. е. 10,1 проц.,

Всего осмотрено 465 человек, среди которых найдено 53 трахомных, что составляет около 11,4 проц.

Таблица № 3.

Название деревни.	Всего осмотрено.	Среди них трахомн.	% %
Силичи . . .	94	13	13,83
Рудня . . .	183	21	11,47
Гостиловичи .	188	19	10,1
Итого. .	465	53	11,4

Если теперь подвести итог и вывести среднюю цифру осмотренных в день больных, включая сюда амбулаторный прием, поголовный осмотр школьников и населения, то получится 246. Если мы прибавим сюда сделанные 107 операций, правда мелких, то ясно будет, что для такой работы нужен был 10—12 часовой рабочий день, что оправдывает отсутствие некоторых подробностей в статистическом материале.

Итак, каких же статистических результатов мы добились своей работой: амбулаторный прием дал нам 33,7% трахомных. Поголовный осмотр—11,4%. Первая цифра колоссальна. Вторая тоже выше средней. В этом не трудно убедиться, если мы сравним наши цифры с цифрами других авторов: по данным профессора Каминского, собранным на личном материале за 17 лет (1890—1908 г.) среди 45,000 глазных больных отмечено 5682 заболевания трахомой, т. е. 12,63%, по данным Ульянова, в 1908 г. в Минской губ. было 21,7% трахомных среди всех глазных больных. Итак наша цифра 33,7% на концентрированном материале является наивысшей. Это с особенной яркостью бросается в глаза, если мы сравним с другими губерниями: в Воронежской губ. например, за 1913 год было 14,8% трахомных среди всех больных; в Пермской губ. в 1889 г.—7%; в Ленинграде за период с 1889 г. по 1891 г. тоже 7%, а во Владимирской земской больнице в 1890 г. всего $2^1/_2$%. Сравнение с этими цифрами говорит само за себя. К сожалению, более свежого материала в моем распоряжении не имеется.

Что касается поголовного осмотра населения, то я возьму две крайних цифры из имеющихся у меня под рукой материалов: это с одной стороны цифра Авижониса—38,7% трахомных среди всего населения двух литовских волостей, с другой стороны цифра Бейвеля—2,8% среди населения Челябинской станицы. Наша цифра 11,4% является, таким образом, средней.

Итак, резюмируя все изложенное, мы можем заключить, что обследуемая нами местность с населением приблизительно в 40—45 тысяч далеко не благополучна по трахоме. Смею думать, что в других участках Белоруссии дело обстоит не лучше. Трудно, конечно, сказать, в чем кроется причина, но несомненно самыми важными факторами являются: бедность населения, крайняя скученность, антисанитарные условия жизни, незнакомство населения с путями распространения заразных болезней вообще и трахомы в частности, и что, важнее всего, крайняя недостаточность, при этих условиях, специальной окулистической помощи.

Заканчивая свое сообщение, я должен повторить слова, которыми начал: «две недели работы глазного отряда по своим данным являются, конечно, материалом слишком ничтожным, чтобы делать из него какие-нибудь определенные выводы,» но постольку, поскольку кой-какой сырой материал у нас в руках имеется, необходимо неустанно напоминать о неоднократно предложенных мерах борьбы с таким огромным народным бедствием, каковым является трахома. Лично мне кажется, что для достижения положительных результатов проведения борьбы с трахомой необходим определенный и твердый план, выработкой которого необходимо заняться в первую очередь. Для этого при Народном Комиссариате Здравоохранения Белоруссии должно быть создано специальное совещание, которое в ударном порядке вело бы эту работу. Руководить этой работой должен квалифицированный специалист с большим общественным стажем.

Я лично в план этой работы позволил бы себе внести следующие предложения:

1. Необходимо в первую голову создать карту наиболее пораженных трахомой в Белоруссии пунктов. Для этой работы вполне достаточно было бы командирование ежегодно двухнедельных отрядов

в разные пункты Белоруссии, на подобие тех, которые Наркомздрав разослал текущим летом, с тем чтобы главное внимание было обращено не на лечебную сторону, а на профилактическую и статистическую. Эти отряды, смею полагать, оправдают себя во всех отношениях; опыт настоящего года это может подтвердить: во-первых, отряды дали сырой статистический материал; во-вторых, каждый оказал специальную помощь от 500 до 700 больных, и тем самым с'экономили населению большую сумму денег, не отрывая его от повседневн й работы; в третьих, медперсонал на местах получил кой-какую специальную подготовку. Если к этому прибавить агитационное значение отрядов,—то станет ясно, что отряды текущим летом оправдали себя вполне.

А чего, для примера, стоит 82 сделанных одним отрядом выдавливания трахомных зерен.

Такие отряды, если бы они ежегодно производили поголовный осмотр, хотя бы некоторых населенных пунктов, имели бы еще большее значение.

2. Необходим ежегодный поголовный осмотр всех школьников в начале и в конце учебного года.

3. Правильная регистрация трахомных среди призываемых на военную службу.

4. Желательно иметь в каждом уездном городе специалиста по глазным болезням, с тем, чтобы в течение 2—3 месяцев в году он выезжал на отдаленнейшие участки.

5. Участковые врачи должны получать кратковременные командировки в глазные лечебницы для получения необходимой подготовки по глазным болезням.

6. Необходимо создать в Минске трахоматозный институт, который бы занялся научной стороной интересующего нас вопроса.

7. Должны быть читаемы на местах популярные лекции о слепоте и трахоме. Такая лекция была мною прочитана в Логойске, и по задаваемым вопросам видно было, что аудитория очень сознательно, вдумчиво и с большим интересом относится к вопросам гигиены и профилактики.

8. Нужно по тем же вопросам издавать популярные листовки и брошюрки, и разослать их в самые глухие деревушки. Крестьянство сейчас настолько сознательно относится ко всем этим вопросам, что подобные брошюрки и листовки будут иметь большой успех.

Хочу надеяться, что все эти предложения, которые являются лишь нащупыванием этого обширного вопроса, при более детальной разработке могут послужить некоторым вкладом в общем вопросе о борьбе с трахомой, одним из наибольших социальных бедствий в настоящее время, и при настоящих условиях могут быть проведены в жизнь.

Не надо забывать, и необходимо всегда, всем и всюду твердить, что наибольший процент слепоты дает трахома, а потому вопрос о борьбе с ней должен быть поставлен во всей широте. Я заканчиваю свое сообщение словами Шекспира «Слепота есть несчастье, перед которым смерть—ничто».

Водоснабжение и канализация гор. Минска.

В. В. КАЗАНСКАЯ.

Население города Минска пользуется водой из 2-х главных источников—центральной водопроводной станции, находящейся в центре города из 299 колодцев, расположенных на окраинах районов, причем помимо общегородской водопроводной сети, снабжающей городские усадьбы, имеется в разных частях города 16 водоразборных кранов и 52 пожарных.

Протяженность сети составляет 20170 погонных саженей.

Сама станция черпает воду из 5 бруклинских железных колодлодцев, имеющих 10 саж. глубины и одного артезианского колодца, глубиною в 131 саж., берущего начало из вод бассейна Валдайской возвышенности.

Число владений, присоединенных к водопроводу—1333 из 6323 всех усадеб города (21%), расположенных главным образом в центре—1 и 2-й районы и принадлежащих преимущественно Комхозу. Отпуск воды за 6 месяцев в 1923 году выразился в цифре 73.000.000 ведер, что составляет 400.000 вед. в сутки или 16.000 ведер в час, из коих 2.000 приходится на работу артезианского колодца.

За отсутствием в 50% в домах водомеров, а также за неисправностью таковых, в некоторых из усадеб точный подсчет количества населения, пользующегося водопроводом, не представляется возможным. Если же принять во внимание, что водопровод эксплоатируется почти исключительно домами Комхоза, где имеются водяные клозеты, то мы можем считать среднюю норму потребления воды на одного человека в комхозских домах—4 вед. в сутки, т. е. при расходе 400.000 ведер в сутки гор. станцией, эта последняя обслуживает 100.000 населения города или 70%.

Фильтра городской водопровод не имеет, обезвреживание воды не производится, охранная зона источников водоснабжения не установлена, maximum расстояния колодцев от жилых помещений—20 саж., некоторые же из них, как колодец № 1, находятся в черте скотного двора, на расстоянии 2-х—3-х арш. от хлевов.

Химико-бактериологическим анализом *) последних 3-х месяц. установлено неудовлетворительное качество воды колодцев № 5 и № 1. Первый содержит органических веществ 0,16 на один литр воды при окисляемости 0,008 и второй имеет 0,12 ограничеких веществ и 0,106 хлоридов, при окисляемости 0,006 и наличии 1100 колоний в 1 к. с. воды. Вода коллектора, при удовлетворительном химическом анализе, содержит 2000 колоний в одном куб. сан. воды.

---

*) Санитарно-гигиеническое и бактериологические исследования производились Д. И. Найдусом и В. М. Геркес в лабораториях Минского Пастеровского Института

Второй источник водоснабжения города: срубчатые, деревянные колодцы—были обследованы в количестве 181 (²/₃общего количества колодцев), во втором и третьем районе города.

Обследование велось в отношении глубины, времени постройки, ремонта, расстояния от выгребных ям и ретирадов, наличия общественной бадьи и химико-бактериологического состояния их.

Год постройки.	1871	1874	1875	1884	1885	1890	1892	1895	1897	1900	1901	1902	1903	1904	1905	1906	1907	1908	1909	1910	1911	1912
Число.	1	2	1	3	3	2	1	1	3	9	3	7	10	10	7	4	8	10	2	7	4	11

Год постройки.	1913	1914	1915	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924		Итого.
Число.	10	6	4	2	3	4	6	6	9	4	1	16	181

Как видно из табл. № 1, число построек увеличилось за последние 20 лет в 4 раза по сравнению с предыдущими годами. Начиная с 1903 года, сооружено 133 колодца—80⁰/₀, а в предыдущие 32 г. всего лишь 32—период, когда население города Минска пользовалось, как источником водоснабжения, открытым водоемом реки Свислочи.

Ремонты колодцев в количестве 41⁰/₀, производились лишь по истечении 10 лет со дня постройки, 67 колодцев или 3:⁰/₀ вовсе не ремонтировались (табл. № 2) и, если при этом принять во внимание низкую глубину большинства колодцев (табл. № 3) и близость к жилым постройкам (табл. № 4), а также в большинстве случаев отсутствие общественной бадьи, то мы имеем на-лицо все благоприятные условия для загрязнения данных источников водоснабжения.

Таблица № 2.

Срок ремонта	1 г.	2 г.	3 г.	4 г.	5 л.	6 л.	7 л.	8 л.	9 л.	10 л.	11 л.	12 л.	13 л.	14 л.	15 л.	17 л.	18 л.	20 л.	24 г.	25 л.	Не рем.	не из.	Итого.
Количество.	6	2	9	4	3	3	3	6	2	16	4	2	7	1	2	2	1	10	1	1	67	29	181

Таблица № 3.

Глубина.	2 ар.	3 ар.	1 с.	1½ с.	2 с.	2½ с.	3 с.	4 с.	4½ с.	5 с.	6 с.	7 с.	8 с.	9 с.	10 с.	12 с.	14 с.	15 с.	17 с.	18 с.	22 с.	Неизвест.	Итого.
Число.	2	2	2	2	12	5	25	28	5	25	20	17	17	6	7	1	1	1	1	1	1	10	181

Таблица № 4.

Расстояние от выгр. ям и ретирадов.	2 с.	3 с.	5 с.	4 с.	6 с.	7 с.	8 с	9 с.	10 с.	11 с.	12 с.	13 с.	14 с.	15 с.	16 с.	17 с.	18 с.	30 с.	Свед. нет.	Итого.
Количество.	2	6	7	9	9	23	25	13	19	1	18	5	1	35	3	2	1	2	20	181

Этот факт особенно ясно выступает при сопоставлении результатов химико-бактериологического исследования с вышеуказанными условиями (табл. № 5).

Таблица № 5.

Время постройки	Время ремонта.	Глубина.	Расстояние от выгр. ям.	Наличность общ. бадьи.	Химико-бактер. анализ.
1884 г.	не было	2 с.	12 с.	нет	негодная
1885 „	1922 г.	4 „	15 „	„	„
1900 „	не было	6 „	15 „	„	„
1900 „	1922 г.	5 „	10 „	„	„
1900 „	не было	10 „	10 „	„	„
1901 „	1910 г.	1½ с.	4 „	„	„
1902 „	1922 „	3 с.	14 „	„	„
1902 „	1920 „	4 „	15 „	„	„
1903 „	не было	3 арш.	7 „	„	подозрительная
1905 „	1917 г.	7 с.	9 „	1	„
1905 „	1916 „	3 „	8 „	1	„
1905 „	1920 „	3 „	15 „	нет	негодная
1905 „	не было	8 „	2 „	„	„
1906 „	„	3 „	8 „	„	подозрительная
1910 „	1922 г.	4 „	6 „	„	негодная
1910 „	1921 „	4 „	15 „	1	„
1911 „	не было	3 „	8 „	нет	„
1912 „	1922 г.	3 „	3 „	„	„
1912 „	не было	3 „	7 „	1	„
1913 „	1921 г.	2 „	7 „	нет	„
1914 „	не было	10 „	15 „	„	„
1914 „	„	5 „	15 „	1	„
1914 „	1922 г.	8 „	15 „	нет	„
1918 „	1921 „	3 „	8 „	1	„
1921 „	не было	4 „	2 „	1	подозрительная
1922 „	„	2½ с.	3 „	нет	негодная
1922 „	„	5 с.	19 „	1	„
1921 „	„	2½ с.	8 „	нет	„

Таблица № 6.

ХИМ.-БАКТ. АНАЛИЗ.	Хорошая.	Удовлетворительная.	Подозритель. по содер. орган. веществ.	Негодная.	Итого.
ЧИСЛО.	17	69	26	37	36

На основании химико-бактериологического анализа воды (табл. № 6) обследованных колодцев, следует считать, что в 50% вода таковых, употребляемая населением, непригодна для питья с санитарной точки зрения вследствие загрязнения колодцев, как условиями содержания, так и самой техникой постройки.

Статистические данные за 1922-23 годы о водных инфекциях по гор. Минску ясно подчеркивают разницу в цифрах между частями города, пользующимися различными источниками водоснабжения. Так, 3-й район, преимущественно колодезный, дает 45% заболеваний в отношении 1-го и 2-го районов, снабжаемых, главным образом, водопроводной сетью.

Таблица № 7.

Наименование	1-й район.		2-й район.		3-й район.		4-й район.		Итого.	
	1922 г.	1923 г.	1922 г.	1923 г.	922 г.	1923 г.	1922 г.	1923 г.	1922 г.	1923 г.
Брюшной тиф . .	5	1	7	1	4	—	1	1	17	3
Дизентерия . . .	6	—	2	—	16	—	2	—	26	—
Остро-желудочные кишеч. заболев. .	3	1	4	—	4	3	—	—	11	4
Итого .	14	2	13	1	24	3	3	1	54	7

Таким образом, 70% населения гор. Минска пользуется водой Гор. Центральной станции, являющейся подозрительной с санитарной точки зрения, 30% горожан употребляют колодезную воду, каковая на 16% находится постоянно под угрозой загрязнения и 14% населения пьют воду, явно негодную.

Отсюда, расширение водопроводной сети, обслуживающей все районы города и установка фильтра—являются неотложным вопросом городского благоустройства для Минска. Переходя к вопросу о канализации необходимо отметить прежде всего, что канализации, как таковой, в гор. Минске не существует, за исключением самостоятельно обособленных 2-х больниц,—заразной и 1-й советской, имеющих канализацию на территориях своих и где канализация соединена с биологической очисткой сточных вод. Удаление же, вообще, городских нечистот сводится к вывозной системе с двумя типами приемников-выгребов и поглощающих колодцев. Помимо того, около 19% зданий имеет непосредственный переход водоотливов в риншотоки, через которые выводятся отработанные воды и жидкие помои. Домов с поглощающими колодцами—1.333 или 21%, с выгребами—60%. Поглощающие колодцы имеют механические фильтры. Очистка колодцев довоенного времени производилась один раз в год, с 1914 г. очистки не было совсем, в силу чего колодцы в настоящее время не выполняют своего назначения; фильтрации от закупорки не происходит; переполненные

колодцы местами обратным током (или разрывом собирательных труб) заливают подвальные помещения зданий и в таких катастрофических случаях все нечистоты выпускаются в ринншток. С другой стороны наличие повреждения стенок колодцев (от изнашивания) распространяет влияние нечистот на большое пространство и, этим самым, усиливает засорение почвы, сказываясь на почвенной воде и отражаясь на химическом составе воды в колодцах, расположенных в данном районе.

Что касается выгребных ям, то устройство таковых—примитивное (с деревянными стенками и дном, в большинстве случаев), обеспечивающее переход нечистот из ямы в окружающую почву, чему еще более способствует редкий вывоз их содержимого полностью до дна в силу малоемкости ассенизационного обоза.

Городской ассенизационный обоз имеет 30 параконных бочек (12 пневматических и 18 с черпаками) и 20 мусорных ящиков. Средний месячный вывоз нечистот в 1923 г. равнялся 3120 бочек и 1530 ящиков, а в 1924 г.—3700 боч. и 2475 ящиков. Считая (по Weil'ю) один пуд на человека в месяц кухонных отбросов при 20 п. емкости мусорных ящиков и наличии 130.000 населения, для месячной очистки города потребуется вывоз количеством 6500 ящиков, *другими словами, ежемесячно город засоряется мусором в количестве 49.500 пудов*. Количество плотных и жидких извержений на каждого человека в среднем в день (по Эрисману) приходится 2,7 ведра, т. е. 351.000 ведер на все население города Минска, что может быть вывезено 9.000 бочек ассенизационного обоза, *иначе, 5.300 бочек человеческих экскрементов ежемесячно остается в городе.*

На основании всех этих данных ясно, что систематическое загрязнение почвы при вывозной форме удаления нечистот с предварительным накапливанием таковых в выгребах и поглощающих колодцах усиливается с каждым годом; что, в связи с ростом города, создаются технические затруднения и полная невозможность производить правильную очистку нечистот ассенизационным обозом; что, при наличии водных инфекций и малярии, имеющих известную связь с почвенными условиями—засорение почвы является большой санитарной угрозой населения—*все это вместе взятое ставит вопрос о канализации в городе Минске вопросом дня, нетерпящего дальнейшего отлагательства.*

Опыт изучения водоснабжения анкетным способом.

(Из Лепельского уезда).

Д-р. С. Р. ДИХТЯР.

Как известно, при исследовании водоснабжения обычно пользуются бактериологическими, химическими, биологическими (планктон и бентос) методами и изучением местных условий. [1]) Попытаемся в общих чертах напомнить значение каждого из этих методов изучения.

Большинство гигиенистов (Эрисман, Хлопин, Гертнер, Флюгге, Рубнер, Грубер, Леманн), считает одно бактериологическое или химическое исследование воды совершенно недостаточным для характеристики ее и источника водоснабжения. В самом деле, „большое количество бактерий в колодезной воде считали подозрительным признаком, но этот вывод оказался не совсем правильным“ [2]), так как наука отказалась теперь от возможности устанавливать какие-либо нормы в этом отношении [3]), потому что нормы Коха (до 100 колон, в 1 куб. см.) и нормы Miquel'я, в сущности, не имеют принципиального обоснования, а факты не потвердили их практического значения. Флюгге, напр., находит [4]), что „по числу микроорганизмов можно только до некоторой степени судить о заражении воды“, а Эрисман [5]) полагает, что „определение количества находящихся в воде бактерий само по себе не может играть главной роли в решении вопроса о годности или негодности воды для целей водоснабжения“. Приблизительно такого же мнения придерживается и Хлопин. [6]) „Определение числа микроорганизмов дает мало указаний на источник и характер загрязнения“, а по поводу „норм“ он-же указывает: „еще более шатко стоят бактериологические количественные нормы для санитарной оценки питьевой воды“.

Этот взгляд вполне понятен: ведь по количеству бактерий нельзя судить о химическом загрязнении воды, так как пути, по которым те и другие попадают в колодцы, совершенно различны, а сами по себе

---

[1]) См. статью Васильевой „О применении метода определения электропроводимости питьевых вод в присутствии органических веществ“. („Профилактическая медицина“ № 4-5, 1922 г.). На этом методе, как сравнительно новом и не вощедшем в обычную практику, останавливаться не буду.

[2]) См. Гертнер—„Руководство по гигиене“ 1911 г.

[3]) См. Диатроптов—Значение внешней природы в распространении инфекции. Бактериологическое исследование воздуха, воды и почвы. („Медицинская микробиология“ под ред. Тарасевича т. I, 1912 г.

[4]) См. Флюгге—„Основы гигиены“. 1904 г.

[5]) См. Эрисман „Кр. учебник гигиены“. 1912 г.

[6]) См. Хлопин.—„Химические и микробиологические методы санитарных исследований питьевых и сточных вод“. 1918 г.

не патогенные микроорганизмы, в конце концов, не служат показателем непригодности воды. Таким образом, открытие патогенных микроорганизмов составляет основную цель бактериологического исследования, иначе говоря, качественное бактериологическое исследование может дать вполне авторитетную характеристику водоема, если только это исследование дает положительный результат. Но как раз качественное бактериологическое исследование воды относится к самым сложным методам исследования, может быть доверено только высоко квалифицированному бактериологу и в большинстве случаев, при современном состоянии методики, дает именно отрицательный результат, т. е. ничего не дает.

Этот факт находится в связи как с биологическими свойствами патогенных микробов, находимых в воде, так и с эпидемиологией вызываемых ими инфекций. Нас интересуют, следовательно желудочно-кишечные инфекции (брюшной тиф, холера, дизентерия), и кишечная палочка, если оставить в стороне клоачную палочку и водный стрептококк, которых некоторые считают показателем загрязнения. Обнаружение кишечной палочки могло-бы иметь особенно важное значение, так как она является „индикатором фекального загрязнения“ питьевой воды. [1]) Но известно, как распространен в природе этот микроб и как много имеется его разновидностей. „Различные виды кишечной палочки“, говорит Флюгге (ор. с.) „которые отнюдь не всегда указывают на поступление кала в воду, могут попасть в нее с воздушной пылью или совершенно случайно“. Между тем, „кишечные палочки различного происхождения ничем не отличаются друг от друга“ (Диатроптов); во всяком случае, пока не имеется вполне надежных методов для отличия их. Даже те, которые не считают кишечную палочку вездесущей, признают, что присутствие кишечной палочки в питьевой воде служит показателем фекального загрязнения только в том случае, если „результаты общего анализа не противоречат этому выводу“ (Хлопин).

Если таким образом, на нахождении кишечной палочки нельзя основывать исследования воды, то и палочка Эберта нисколько не облегчает дела. Известно очень мало эпидемий брюшного тифа, при которых бактериологически было доказано присутствие в воде возбудителя болезни. [2]) Если не согласиться с мнением Эрисмана, будто вопрос об участии воды в распространении брюшного тифа и холеры еще остается открытым, или с мнением Юргенса [3]) о недостаточности существующих теорий Коха (контагиозной), Петтекопфера (локалистской) и водной для об'яснения эпидемиологии брюшного тифа, то указанный факт все же говорит о том, что поиски возбудителя брюшного тифа в воде и, большею частью, бесплодны (до 1917 года удалось найти только в 25 случаях [4]), и совершенно не разрешают, поэтому, вопроса о роли воды в происхождении инфекции, resp. о качестве водоема. В данном случае не важно, насколько правилен взгляд, что происходит это только потому, что обычно бактериологическое исследование предпринимается уже тогда, когда эпидемия успела распространиться, т. е. когда возбудители, могли уже исчезнуть из воды.

Холерный вибрион также не обладает способностью долго сохраняться в воде (в речной воде, по Уффельману, 6 дней). Имеющиеся указания (Штраус, Дюбари) о более длительном пребывании холер-

---

[1]) См. Падлевский — „Кишешная палочка“ („Медицинская микробиология“ т. II) 1913 г.

[2]) См. Колле и Гетч — „Экспериментальная бактериология и пр“. 1912 г.

[3]) См. Юргенс — „Тиф и паратиф“ (в руководстве: „Крауз и Бругш — Инфекционные болезни“ т. I ч. I 1914 г.).

[4]) См. след. страницу: примечание [5]).

ного вибриона в воде, быть может, об'ясняется теорией Auscher'a о сохраняемости инфекций в иле и осадках водоемов.[1]) Впрочем здесь важно отметить, какие трудности представляет обнаружение возбудителя холеры в воде. Существует мнение, между прочим, что унитарное представление Коха о холерном вибрионе уже не может быть принято. „Нет холерного вибриона, а есть целое семейство холерных вибрионов". [2]) Вопрос усложняется еще тем, что далеко не разрешен спор о сохранении водными культурами вибрионов способности склеиваться.[3]) Одним словом, хотя роль воды при холерной эпидемии можно считать, по мнению Хлопина, окончательно доказанной[4]), но нет оснований утверждать, что эту роль можно доказать одним бактериологическим методом: как и при брюшном тифе, распространение заразного начала через питьевую воду может быть доказано косвенным путем (Колле и Гетч). Такова же роль бактериологического исследования воды при дизентерии, для распространения которой водная инфекция, вообще, может быть, не играет столь важной роли.

Нужно следовательно признать, что бактериологический метод не может сам по себе лечь в основу изучения водоснабжения, и согласиться с Хлопиным, что качественное бактериологическое исследование необходимы в тех случаях лишь, когда имеется в районе водоема какая нибудь инфекция. Иначе говоря, результаты бактериологического исследования не дают в большинстве случаев точного и полного представления о микрофлоре водоема и не могут служить показателем загрязнения воды. Наоборот, очень характерно указание, будто тифозные бациллы в чистой воде глубоких колодцев гораздо дольше сохраняют свою жизнеспособность, чем в поверхностных водах, где они очень быстро погибают, не выдерживая конкуренции простейших или прямо будучи истребляемы ими.

Большую ценность, как основанию для суждения о водоснабжении, Эрисман придает химическому исследованию, придерживаясь, таким образом, прямо противоположного взгляда, чем Флюгге, который считает, что по бактериологическому исследованию гораздо правильнее судить о загрязнении воды. Однако все гигиенисты согласны в том, что химическое исследование должно дать представление о характере и происхождении загрязнения. Находимые в воде химические составные вещества сами по себе вряд ли могут считаться вредными для здоровья (Флюгге), и всякое загрязнение вредно лишь при наличии патогенных микроорганизмов[5]): загрязненная вода наносит вред косвенным образом, вызывая к себе отвращение эстетического свойства. С этой точки зрения, ни одно из химических веществ, обычно находимых в воде, если еще принять во внимание, что на их состав влияют геологические свойства почвы, не должно вызывать опасений, кроме, конечно, ядовитых веществ (свинец, мышьяк), а только определенное сочетание химического состава вызывает подозрения на счет загрязнения. Этот факт и отразился на том, что признано совершенно ненаучным устанавливать универсальные нормы для химического состава питьевой воды, как и для количества бактерий. Совершенно естественно, поэтому, что химическое исследование одно не в состоянии разрешить вопрос о пригодности или непригодности источника водоснабжения. „Данные одного только химического исследования ничего

---

1) См. Глебовский С. А.—„Водоснабжение Костромской губернии" (В трудах губернского с'езда) 1910 г.

2) См. Недригайлов—„Холера" (Медицинская микробиология т. II), 1913 г.

3) См. Хлопин „Основы гигиены" т. I. вып. 2. 1922 г.

4) См. Златогоров—Сообщение в „Русском враче" № 33. 1909 г.

5) См. Горовиц-Власова—О бактер. способах исслед. воздуха, почвы и воды. („Учение о микроорганизмах", ред. Златогорова т. II) 1916 г.

не говорят о возможности инфекции, но они могут указывать на сильное загрязнение почвы и, благодаря этому, дают повод к тщательному местному исследованию" (Гертнер).

Не следует забывать, что даже те выводы, которые могут дать химические и бактериологические методы можно делать только после многократных, систематическх исследований. Вот почему прав Соснин[1]) в своем положении о „крайней сложности и подчас невозможности дать на основании только химического и бактериологического исследования действительную общую картину состояния водоема". Условия загрязнения крайне изменчивы, и никогда нельзя быть уверенным в том, что взятая для исследования проба именно такова, что она вполне характеризует состав воды и состояние водоема. „Во всяком случае, требуется огромное число анализов". Соснин и предлагает—взамен химического и бактериологического—биологический метод исследования воды, который, как будто, свободен от их недостатков. Не говоря уж о возможности широкого практического применения этого метода, не отрицая за ним значения ценного подспорья при исследовании воды, необходимо отметить, что только положительный результат биологического анализа может дать основания для санитарной оценки воды. „Отсутствие же организмов, указывающих на загрязнение, еще не дает нам права заключить о пригодности исследуемой воды для питья, т. к. она может содержать патогенные бактерии или же вредные для здоровья химические вещества".[2])

Если результаты лабораторных методов исследования не всегда дают достаточно оснований для санитарной характеристики воды, то они никогда недостаточны для санитарной оценки водоемов, для исследования водоснабжения тех или других населенных пунктов. Цель такого исследования заключается не в выяснении состояния водоема и качеств воды в произвольно избранный момент, а в обследовании возможностей загрязнения или заражения источников водоснабжения в будущем, в изучении водоемкости источника, иначе говоря, всякое исследование водоснабжения имеет в виду, конечно, главным образом не status praesens, а anamnes и прогноз, динамику изучаемого явления. Вот почему никогда нельзя ограничиваться одним лабораторным исследованием при изучении водоснабжения, между тем как одно изучение местных условий может дать вполне характерные результаты,—вот почему это ознакомление с местными условиями должно стоять и ставится во главу угла изучения водоснабжения. Приведем здесь для яркости мнения гигиенистов.

„Никогда не нужно пропускать точного изучения местных условий, где можно, при участии сведущих техников. Во многих случаях подобный специальный местный осмотр делает излишним всякое дальнейшее исследование, так как он укажет вне сомнения на род и степень порчи колодца. Осмотр местности дает также возможность сделать определенные указания для улучшения". (Леманн.[3])

„Так как на основании химического исследования совершенно нельзя судить о степени заражения воды, а бактериологическое исследование часто тоже не дает никаких указаний, то безусловно необходимо еще дальнейшее исследование: Местный осмотр не имеет целью установить, не существует ли, может быть, в данный момент сильного

---

[1]) См. Соснин - Санитарная оценка водоемом. (Труды по санитар. и сан.-статист. вопросам) 1912 г.

[2]) См. Гальцов и Караффа-Корбут—Материалы для санитарной оценки водоемов верхнего Поднепровья и Белоруссии. Данн. биологического и химического исслед. воды. (Врачебная газета №№ 51 и сл.) 1916 и 1917 г.г.

[3]) См. Lehmann—Руководство.

загрязнения воды, а он должен выяснить, возможно ли вообще в ближайшем будущем заражение воды“ (Флюгге о. с.).

„Чтобы дать обстоятельный ответ на последний вопрос (о возможности заражения С. Д.), необходимо подвергнуть не только воду, но и самый водоем всестороннему исследованию“ (Хлопин—„Мерзы исследования etc“). „Осмотр местных условий иногда исключает необходимость производства целого ряда кропотливых исследований“. (Хлопин.[1])

„Местные условия очень часто имеют прямо решающее значение для оценки воды. Верная их оценка и правильное обсуждение устройства источников водоснабжения заключает в себе решение всего вопроса о воде, насколько он касается возможности заражения воды. Если каптаж воды хорошо устроен или если местность не подвергается никакой опасности, то значительное содержание бактерий, недоброкачественный химический состав еще не будет указывать на возможность заражения“ (Гертнер о. с.).

Нам кажется не подлежащим сомнению то основное значение для обследования водоснабжения, которое имеет изучение местных условий и самых водоемов, и, конечно, совершенно правильно указание, что к микроскопическому, бактериологическому, химическому исследованиям следует прибегать, когда местные условия неясны (ср. Гертнер) или когда к этому имеются специальные, экквизитные показания (ср. Соснин). Вообще же, за лабораторным исследованием воды следует признать значение, главным образом, контролирующего метода

Необходимо добавить, что физические свойства воды могут определяться простым испытанием нашими невооруженными органами чувств (ср. Хлопин) и что, при наличии физических качеств, в огромном большинстве случаев, и химический, и бактериологический анализ дадут удовлетворительный результат, а при отсутствии их обыкновенно вода оказывается неудовлетворительной и в других отношениях (ср. Эрисман).

Однако, не только все эти соображения, но и имеющийся опыт и литература по его поводу оправдывают примененный нами метод изучения водоснабжения. Достаточно напомнить об обследовательской работе Московского губернского земства 1893-1894 г. г. (Соколова). Правда, обычно ограничиваются задачи и цели таких исследований. По мнению Золотавина[2]), например, упомянутое Московское обследование, проведенное через местные интеллигентные силы (врачи, священники, учителя), преследовало одну цель—„охарактеризовать распределение питьевых вод по источникам их применения“. Как будто характеристику самих источников подобное исследование дать не могло бы... Секция по вопросам водоснабжения XVIII-го губернского Московского с‘езда земских организаций по докладу Каца и Каргина[3]), придавая большое значение подобным исследованиям, считала их предварительными и ставила перед ними задачу дать „общий ориентировочный материал, который составит основание дальнейших, чисто специальных исследований соответственно выдвигаемым жизнью потребностям той или иной отрасли земского дела“. Конечно, нельзя

---

1) См. Хлопин—«Санитарные требования, которым должны удовлетворять питьевые воды в связи с санитарной оценкой воды». (Резюме доклада на XII пироговском с‘езде) 1913 г.

2) См. Золотавин—«Очерк развития и организация работ по улучшению водоснабжения в селах». (Вестник общественной гигиены, судебной и практической медицины, март 1906 г.).

3) См. Кац и Каргин—Доклад и резолюция по нему. («Труды XVIII с‘езда членов врачебно-санитарных организаций Московского земства») вып. II) 1913 г.

возражать против того, что это исследование дает материал, включающий „в свой об‘ем легко поддающиеся учету и описанию факты и данные“, нельзя также возражать и против дальнейших специальных исследований, но необходимо подчеркнуть, что подобное исследование дает возможность сделать выводы и о необходимых практических мероприятиях (ср. Леманн).

Итак, следует признать, что исследование водоснабжения такого содержания, какое только и можно в большинстве случаев охватить в условиях Белорусского, вероятно и Российского, села (у нас не было об‘ективной возможности применять лабораторные методы), может иметь и известную научную ценность, может быть вполне достаточным для характеристики водоснабжения и определения возможности заражения водоемов, может, наконец, дать основания для практических мероприятий.

Наша работа заслуживает еще дальнейшей критики. Метод, который мы применили для обследования водоснабжения в уезде (местных условий, водоемов и типических свойств воды) назван нами анкетным, пожалуй, правильнее было бы назвать его—анкетно-корресподентским. Мы хотим этим сказать, прежде всего, что это—способ статистический, а во-вторых, что он обладает всеми недостатками, свойственными как корресподентскому, так и анкетному способам. Не вдаваясь в подробные изыскания о значении этих способов и о терминологических разноречиях, существующих в статистике, считаем нужным указать на те меры, которые были нами приняты для избежания упомянутых недостатков.

Основные недостатки корресподентского способа собирания статистических сведений заключаются в неполноте данных, обычно получаемых при нем[1]) и в невозможности своевременно разрешить недоразумения и сомнения и исправить ошибки корресподентов. [2]) Анкетный способ исследования страдает тем, что самый выбор элементов, подлежащих исследованию, определяется суб‘ективным моментом[3]) и что сущность анкеты заключается в собирании мнений и впечатлений, а не фактов (ср. Майр Г., Кауфман). Нашими корресподентами были школьные работники, по одному на каждую волость; опросные листы были разосланы через Уездный Отдел Народного Образования тем из них, культурное и умственное развитие которых более или менее одинаково. В промежуток времени от получения опросных листов (февраль 1923 г.) до их отсылки нам (июнь 1923 г.) все корресподенты перебывали в уездном городе и вели с нами беседы по поводу возложенной на них работы. Из 22-х избранных нами корреспондентов заполненные листы прислали 18, которые дали соответствующие ответы на все вопросы анкеты. Так как распределение питьевой воды по источникам нами обследовано было раньше на основании других материалов[4]), и нам важнее всего было именно изучить самые источники, то нам казалось совершенно достаточным получить ответы о состоянии источников водоснабжения по 5—6 населенным пунктам каждой волости, ибо результаты такой работы вполне характерны и типичны для уезда.

Таким образом, мы думаем, основные недостатки корресподентского способа в значительной мере смягчены. Что касается суб‘ективности наших материалов, то о самой теме и „выборе элементов, под-

---

[1]) См. Кауфман—Теория и методы статистики. 1922 г.
[2]) См. Елистратов—Статистика. 1915 г.
[3]) См. Георг Майр—Статистика и обществоведение т. I. 1899 г.
[4]) См. Сапунов—„Список населенных мест Витебской губернии с указанием на источники водоснабжения“.

лежащих изучению", говорить не приходится: анкета[1]) выработана санитарным бюро Витебского Губздрава при участии С. А. Глебовского и дает, по нашему мнению, достаточно данных для наших целей. Известная доля суб'ективности остается лишь в ответах на вопросы о свойствах воды, поскольку эти свойства не исследовались инструментально и лабораторно. Чтобы и в этом отношении ограничить, по возможности, мнения и впечатления, мы просили наших корресподентов не довольствоваться краткими ответами на интересующие нас сейчас вопросы, а давать и описания признаков. Данные опросных листов (приблизительно на 20%) проверялись нами на месте обследования.

* * *

Наше обследование относится к территории Лепельского уезда в его границах 1922 года. В геологическом отношении уезд несет на себе все следы четвертичного периода (нижнего и верхнего веков или ярусов [2]), или по другой классификации, ледниковой формации (дилювия) и современных образований (аллювия [3]). На протяжении уезда можно встретить как моренные ландшафты (холмы без резких контур, котловины, озера), так и наносные отложения (валуны, глина) [4]) [5]) [6]).

Почва уезда такова: глина 19,5 проц., суглинок 25,7 проц., песок 15,0 проц., супесок 16,4 проц., подзолистая 20 проц.

Жителей, по данным 1922 г., в уезде 144197, населенных пунктов 1441, дворов-хозяйств 25313.[7]) По данным Сапунова соответствующие числа таковы: 121572, 1399 и 16779.

Распределение воды по источникам характеризуется данными из таблицы № 1 (см. стр. 58), в которой указано в абсолютных числах и процентах количество населенных пунктов и жителей, пользующихся тем или иным видом источника водоснабжения. Цифровые данные таблицы о населении выведены по работе Сапунова; эти данные, как мы видели, несколько меньше современных. В виду того, что для нас важны в данном случае процентные соотношения, то без ущерба для истины этой разницей можно пренебречь.

Отметим по этой таблице пока следующее: 1) водой из колодцев пользуется 32 проц. населения уезда, из озер—25 проц., из крупных рек—18 проц., из мелких—15 проц., из ручьев и прудов—6 проц. и

---

[1]) Приводим здесь полностью содержание анкеты:

1. Волость.
2. Название населенного пункта.
3. Число жителей в нем.
4. Число домов.
5. Расположение поселка (гористое, низкое).
6. Почва.
7. Откуда население получает питьевую воду (из реки, колодцев, ключей).
8. *Река:* а) качество воды (прозрачная, мутная, мягкая, жесткая), б) вкус.
9. *Пруды:* а) величина, б) проточный или нет, в) как содержится (заростает ли зеленью летом), г) глубина, д) вымерзает ли зимой и высыхает ли летом, е) хватает-ли воды для всех жителей, ж) служит ли для хозяйственных надобностей (водопой скота, стирка белья), з) качество воды (прозрачность, мутность, запах, вкус).
10. *Колодцы:* а) хозяин, б) где устроен (во дворе, на улице), в) сруб (материал и качество), г) есть ли глиняный накат, общественная бадья, крышка, д) глубина колодца, е) высыхает ли летом, вымерзает ли зимой, ж) качество воды (прозрачность, мутность, мягкость, жесткость, вкус).

[2]) См. Дéпрé—Превращения животного мира. 1921 г.

[3]) См. Пр. Скворцов - Основы гигиологии и гигиены.

[4]) См. Силинич - „Географический очерк Белоруссии" (сборник „курс Белорусоведения") 1918 г.—1920 г.

[5]) См. Географический очерк в IX томе сборника „Россия. Верхнее Поднепровье и Белоруссия" (редакц. Семенова).

[6]) См. сборник «Хозяйственное положение и промыслы сельского населения Витебской губ.»

[7]) По переписи 1920 г.

Распределение воды по источникам.

Таблица 1.

Источник водоснабжения / Количество / Волость	Из рек: Населенных пунктов Абсл	%	Жителей Абсл.	%	Из озер: Населенных пунктов Абсл	%	Жителей Абсл.	%	Из мелких рек: Населенных пунктов Абсл.	%	Жителей Абсл.	%	Из ручьев и прудов: Населенных пунктов Абсл.	%	Жител. Абсл.	%	Из колодцев: Населенных пунктов Абсл.	%	Жителей Абсл.	%	Из болот: Населенных пунктов Абсл	%	Жител. Абсл.	%	ИТОГО: Населенных пунктов Абсл.	%	Жителей Абсл.	%
Бельская	—	—	—	—	14	20	573	9	13	19	1017	16	5	7	707	11	38	54	4094	64	—	—	—	—	70	100	6391	100
Бешенковичская	15	18	5729	50	—	—	—	—	21	26	2547	22	1	1	204	2	44	54	2846	25	1	1	108	1	82	„	11434	„
Бочейковская	11	26	2672	48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26	62	2850	51	5	12	59	1	42	„	5581	„
Вороньская	—	—	—	—	17	35	1070	39	4	8	379	14	10	20	75	2	18	37	1264	45	—	—	—	—	49	„	2788	„
Городчевичская	2	5	94	2	—	—	—	—	2	5	47	1	15	36	1569	40	20	49	2035	52	2	5	200	5	41	„	3945	„
Гутовская	—	—	—	—	12	19	1118	18	10	16	912	14	—	—	—	—	40	64	4350	67	1	1	78	1	63	„	6458	„
Заболотская	3	8,5	290	7	18	50	1820	43	3	8,5	289	7	4	11	1146	27	8	22	665	16	—	—	—	—	36	„	4210	„
Каменьская	—	—	—	—	52	55	3437	62	8	8	743	13	2	2	74	1	33	35	1322	24	—	—	—	—	95	„	5576	„
Коптевичская	19	48	8137	80	1	1	92	1	—	—	—	—	—	—	—	—	20	50	1634	16	1	1	271	3	41	„	10134	„
Кубличская	—	—	—	—	69	62	3377	56	23	21	1460	24	3	2	192	3	—	—	—	—	17	15	982	17	112	„	6011	„
Мартиновская	8	10	763	11	15	20	1557	23	—	—	—	—	9	12	1072	16	39	50	2817	42	6	8	507	8	77	„	6716	„
Несинская	16	19	445	11	38	46	2129	51	—	—	—	—	4	5	46	1	—	—	—	—	25	30	1567	37	83	„	4187	„
Пышнянская	1	1	9	—	13	17	479	13	7	9	395	11	4	5	66	2	50	65	2661	74	2	3	11	—	77	„	3621	„
Смолянецкая	1	3	12	—	5	16	1556	27	11	34	2480	44	—	—	—	—	15	47	1631	29	—	—	—	—	32	„	5679	„
Станиславовская	—	—	—	—	2	3,5	32	1	20	36	1890	41	4	7	288	6	27	50	1867	42	2	3,5	466	10	55	„	4543	„
Стрижевская	12	25	827	20	6	12	911	23	6	12	1031	25	3	6	92	2	21	44	1188	30	—	—	—	—	48	„	4049	„
Тяпинская	9	18	709	19	6	12	345	9	8	16	898	24	4	8	309	8	21	42	1412	39	2	4	15	1	50	„	3688	„
Улльская	30	52	1916	50	6	10	295	10	8	14	376	10	3	5	387	10	3	5	105	2	8	14	701	18	58	„	3880	„
Усайская	—	—	—	—	42	62	3313	65	3	4	186	3	—	—	—	—	23	34	1627	32	—	—	—	—	68	„	5126	„
Ушачская	—	—	—	—	50	53	2825	48	31	32	2801	48	1	1	7	—	—	—	—	—	13	14	247	4	95	„	5880	„
Франопольская	1	5	317	7	3	13	687	16	1	5	70	2	—	—	—	—	17	77	3212	75	—	—	—	—	22	„	4286	„
Черствятская	—	—	—	—	55	53	4624	63	17	17	938	12	8	7	482	7	14	14	1067	14	9	9	278	4	103	„	7389	„
Всего по уезду	128	9	21920	18	424	30	30340	25	196	14	18459	15	80	6	6716	6	477	34	38647	32	94	7	5490	4	1399	100	121572	100

из болот—4%; 2) более крупные селения расположены у рек (9% всех населенных пунктов, а 15 проц. всех жителей пользуется речной водой). Последнее явление особенно рельефно выделяется по отдельным волостям (например, Бешенковичская, Коптевичская, Бочейковская).

Таким образом, крупнейшую роль в водоснабжении уезда играют колодцы, поэтому и особое значение должны иметь таблицы 2, 3 и 4, в которых сделана сводка обследования 345 колодцев в разных частях уезда, отличающихся различными экономическими условиями. Результаты самого обследования (с указанием населенных пунктов) каждого водоема в отдельности нами сведены в отдельной таблице, которая, к сожалению, за недостатком места напечатана быть не может.

Распределение колодцев по глубине.

Таблица 2.

Глубина [1]		До 1 саж.	1—2 с.	2—3 с.	3—4 с.	4—5 с.	Выше 5 с.	Всего
Количество колодцев	Абс.	4	181	87	34	37	2	345
	%	1,2	52,4	25,2	9,8	10,8	0,6	100

Таблица 3.

Свойства колодца		Построено			Сруб цементный	Имеется			Высыхает	Вымерзает
		На дворе	На улице	Вне усадьбы		Глинян. накат	Общественная бадья	Крышка		
Количество колодцев	Абс.	199	110	36	1	50	17	3	139	184
	%	57,7	32	10,3	0,3	14,5	5	0,9	40,3	53,3

Распределение колодцев по качеству воды.

Таблица 4.

Свойства воды.		Мутная	Жесткая	Плохой вкус
Количество колодцев	Абс.	148	137	179
	%	43,8	39,7	52

Оценка того или иного фактического материала возможна, конечно, только с точки зрения условной нормы, наиболее приемлемой. (См. таблицу № 1 стр. 58).

Мы здесь разумеем, главным образом, не гигиенические нормы самой воды, о которых можно спорить и которые можно найти во всяком руководстве по гигиене, а „нормы обеспеченности хорошей питьевой водой, удовлетворять которым должно всякое селение“.[2]) С точки зрения этих то норм результаты обследования водоснабжения в Лепельском уезде и дают совершенно безотрадные выводы.

[1]) До дна колодца.

[2]) См. Сысин—Постановка водоснабжения в земской практике. (Труды совещания по санитарной и санитарно-статистическим вопросам) 1912 г.

Прежде всего, громадное большинство колодцев имеет глубину до 3 саженей (78,8 проц.). Очевидно, вода в колодцах не из глубоких горизонтов, что подтверждается частым высыханием и вымерзанием (см. ниже). Уже по одному этому не может быть и речи о гарантии, что в воду не попадут болезнетворные возбудители или вредные для здоровья вещества. Второе требование, которое Сысин (е. с.) пред'являет сельскому водоснабжению, заключается в том, что для питья недопустима вода из дворовых колодцев, между тем лишь 10,3 проц. обследованных колодцев устроено вне усадеб. Колодцы, находящиеся на улицах, находятся в такой же близости к источникам заражения, как и дворовые, что вполне противоречит естественному правилу, что колодцы должны устраиваться вдали от навозных куч, отхожих мест и прочих свалок[1]), чтобы было обеспечение от загрязнения[2]). Этого обеспечения, разумеется, не могут дать и срубы колодцев: все они деревянные (только один цементный), ветхие, гнилые, полуразрушенные, как отмечено часто в анкетах. При таком каптаже, конечно, мало помогли бы и глиняные накаты и крышки, но ни тех, ни других, ни общественных бадей в громадном большинстве случаев также нет.

Такому состоянию водоемов целиком соответствует и качество колодезной воды: мутность отмечена в 43,8 проц., жесткость в 39,7%; плохой вкус в 52 проц. Необходимо подчеркнуть, что эти свойства обнаружены не лабораторными методами, следовательно, они особенно резко выражены.

Наконец, что касается обеспеченности населения достаточным количеством воды, то и в этом отношении скверные качества воды совершенно не компенсируются: летом 40 проц. всех колодцев высыхает, а зимой—53 проц. вымерзает. Это значит, что население пользующееся колодезным водоснабжением, наполовину терпит недостаток в воде, водное голодание.

Для иллюстрации приведем несколько наиболее типичных ответов из опросных листов.

Школьный работник Яскевич пишет о водоснабжении дер. Недведск Коптевичской волости: „хозяин колодца (№ 185 в нашем обследовании С.Д.) Никифор Андреевич Прудинник. Колодец устроен на огороде: сруб деревянный, прочный; глиняного наката перед колодцем, бадьи и крышки нет; глубина его достигает до 1 сажени. Хотя вода в колодце держится круглый год, но на весь поселок ее недостаточно. Населению приходится пользоваться водой для питья из болот и ручьев. Вода в колодце прозрачная, мягкая и на вкус приятная“.

Водоснабжение деревни Печевка, Коптевичской волости, (№№ 193—196) рисуется в таком виде: „в поселке 4 колодца. Все они устроены на улице; срубы деревянные: глиняных накатов перед колодцами, бадей и крышек нет. Глубина колодцев 1—2 сажени. Летом во время засухи вода в колодцах высыхает, а зимой вымерзает. Вода в колодцах мутная, жесткая и вкус имеет болотной воды, „тухлая“.

В анкете о водоснабжении деревни Радунь, Несинской волости, имеется такое примечание: „в деревне всех колодцев 14 (№№ 284-297 С.Д.); все колодцы без бадей и крышек, с деревянными в большинстве сгнившими срубами; глиняных накатов нет; весной и в дождливое время колодцы заплывают грязью и имеют мутную воду с навозным запахом. В случае появления в Радуни эпидемии зараза может быстро распространиться на всю деревню“. В этом селении летом 1922 года, действительно, была сильная вспышка дизентерии.

---

[1]) См. Балов—Водоснабжение в городах, селах и деревнях Ярославской губернии (Вестник Обществен. гигиены, судебн. и практическ. медицины) декабрь 1906 г.

[2]) См. Ростовцев—питьевая вода etc. 1905 г.

Тот же корресподент о деревне Горяне пишет в примечании: „в деревне 15 колодцев, которые в холодную зиму и в жаркое лето пересыхают; тогда население вынуждено брать воду из пруда „Коломерка", где вода для питья в летнее время непригодна".

Мы не приводим здесь таблицы о состоянии обследованных прудов, укажем лишь следующее: 50 проц. из них имеют проточную воду, все летом зарастают, максимальная глубина—3 аршина, пересыхает 20 проц., все служат и для хозяйственных надобностей, в 90 проц. вода мутная, плохого вкуса. Нечего долго распространяться и о неудовлетворительности воды из ручьев, и о совершенной непригодности болотной воды.

В итоге обследования нужно признать, что 42 проц. населения Лепельского уезда и 47 проц. всех населенных пунктов, пользующихся водой из колодцев, ручьев, прудов и болот не имеют доброкачественной воды и имеют воду в недостаточном количестве. Речная и озерная вода, снабжающая вторую часть населения (58 проц.) и населенных пунктов (53 проц.), пожалуй, должна быть признана более удовлетворительной. Не касаясь здесь мнения, будто проточная вода, вообще, наилучшая для питья в гигиеническом отношении, мы хотим лишь указать, что в Лепельском уезде источников загрязнения рек и озер мало или почти нет (мы здесь имеем в виду промышленные заведения со сточными водами), крупных населенных пунктов, которые могли бы представлять опасность своими нечистотами, также немного. Поэтому, при рациональном устройстве мест забора воды из рек и озер, эти источники водоснабжения представляли бы гораздо меньшее зло, чем имеющиеся колодцы. Изучение развития эпидемий в уезде, как будто, тоже намекает на такое положение. Мы, разумеется, должны быть сугубо осторожны с подобными выводами и тут-же оговариваемся: материал по эпидемичности уезда слишком неполон и неточен. Если все же мы решили высказать наше соображение, то оно пока должно пониматься как мысль, возникшая после 2-х годичного наблюдения за возникновением и течением эпидемий. В отношении брюшного тифа Лепельский уезд всегда считался неблагополучным, и в период нашей работы в уезде он особенно, мы бы сказали, не сильно в смысле количественном, а упорно держался как раз в волостях, где преимущественное водоснабжение не речное (Ушачская волость, Городчевичская волость). В двух случаях вспышки эпидемии нам удалось установить определенно контакт из колодцев. Если бы расположить врачебные участки по распространению в них брюшного тифа и дизентерии и прибавить волости с преобладающим водоснабжением не из рек и озер (в Городчевичской волости вода в 52 проц. из колодцев, в Гутовской вол. в 67 проц.), где эти заболевания несомненно имели значительное распространение, но не попали почему либо в регистрацию,—то можно бы сделать приблизительно такое заключение: чем больший проц. населения пользуется водой из колодцев, тем сильнее распространяется брюшной тиф и дизентерия. Исключение, представляемое Бешенковичской волостью, лишь кажущееся, так как значительная ее часть пользуется водой из Западной Двины, которая, как большая судоходная река, не подходит, конечно, под характеристику, данную нами прочим рекам (и озерам) Лепельского уезда, и, возможно, служит причиной распространения брюшного тифа и дизентерии в этой волости.

Во всяком случае, не может вызвать никакие возражения основной вывод: состояние водоснабжения Лепельского уезда настолько скверно, что забота об его улучшении должна стать одной из основных задач местного благоустройства и санитарной работы.

Санитарные условия труда в типографиях г. Витебска.

Санитарные врачи ГОРДОНОВА И ПАЙКИН.

Работники полиграфического производства в г. Витебске до революции были рассеяны по целому ряду частных предприятий мелких и средних. С национализацией промышленности типографии перешли в ведение государства. Санитарный надзор за типографиями г. Витебска фактически производится с 1919 г. До 1921 г. рабочие типографий еще были рассеяны по мелким типографиям, причем имелись типографии с количеством рабочих от 2 до 10 чел. Мелкие типографии помещались в неприспособленных и неудовлетворительных (сырых, почти неотапливаемых) помещениях, работа вся была ручная. Постепенно началась концентрация производства и стягивание рабочих в более крупные типографии.

В настоящее время имеется всего 4 типографии, с общим количеством рабочих свыше 200 человек. Из этих 4-х типографий—3 государственные и 1 находится в ведении Единого Потребительского Общества. Работа в Витебских типографиях состоит в наборе и печатании; кроме того в I-й типографии работает наборная машина-линотип, при 3-й--изготовление стереотипов, при 3-ей и при типографии ЕПО имеются переплетные мастерские. Процесс производства вкратце состоит в следующем:

1. Ручной набор производится в стоячем положении при согнутой левой руке, в которой рабочий держит верстатку, заполняя ее буквами, выбираемыми правой рукой из кассы-шрифта. Эта работа требует большой быстроты и навыка. Буквы состоят из сплава свинца (70 проц), сурьмы (28 проц.) и олова (2 проц.), мягких металлов, легко отделяющих металлическую пыль.

2. На наборной машине-линотипе из сплава металлов свинца, олова и сурьмы отливаются буквы, из которых составляются целые строчки. Слитки металла растапливаются во вделанном в машине котелке посредством керосиновой горелки.

3. Печатание производится на печатных машинах, при этом набор кладется на доску машины и укрепляется. При помощи системы валиков краска из резервуара, приспособленного на машине, наносится на шрифт; при движении доски машины при этом получается отпечаток на листе бумаги. Напечатанные листы снимаются по большей части автоматически, либо же руками. Во время работы приходится следить за машиной, за направлением листа, снимать листы. Машины приводятся в движение при помощи электрических моторов, либо ручным способом. В большинстве случаев, вследствие отсутствия электрической энергии рабочая часть машины (доска со шрифтом) приводилась в движение ручным способом и в настоящее время 2-я типография сохранила тот же способ работы. Ручное вращение машины требует

большого физического напряжения. Набор до печатания на машине идет в корректуру. Оттиск корректурного листа получается на ручном прессе—тискальной машине. Вал тискальной машины приводится в движение ручным способом.

4. Работа в переплетной состоит в сшивании листов книги, приклеивании переплета и обрезании краев. Работа производится ручным способом при помощи ручных и ножных машин. Все работы производятся в одном и том же помещении.

При оборудовании типографий мало считались с санитарными условиями, и именно самая крупная I-я госуд. типография (бывшая губернская), с количеством рабочих около 100 чел., беспрерывно работавшая в советское время, оставалась все время в совершенно неподходящем помещении. Наборные в I-ой типографии—средних размеров комнаты, в общей сложности 38 куб. саж. на 45 чел., т. е. кубизм $^1/_2$—1 куб. саж. Освещение очень скудное, световой коэффициент 1:14, 1:18. Кроме того световые лучи не имеют свободного доступа в помещение из-за близко расположенных соседних построек.

Печатное отделение—подвал с цементным полом—со скудным освещением, плохо отапливаемый.

В остальных типографиях условия помещений несколько благоприятнее. Кубизм от $1^1/_2$—2 куб. саж., освещение почти нормальное, световой коэффициент 1:6, 1:7. Отопление до 1923 г. было чрезвычайно неудовлетворительное, единственным способом отопления были железные печурки, которые давали очень мало тепла, много дыма и угара.

Вентиляционные приспособления всюду недостаточны; искусственная вентиляция (электрическая вытяжная) имеется только в I-й гос типографии, в остальных вентиляция естественная (окна и форточки).

Помещения содержатся недостаточно чисто, как это требуется для типографий. Стены побелены и побелка один раз в год обновляется. Чистка касс производится изредка. Не во всех типографиях имеются отдельные помещения для приема пищи, так что нередко инспекция труда заставала рабочего-наборщика завтракающего за кассой во время работы. Последнее удалось устранить, благодаря тому, что дирекция Полиграфпрома согласилась предоставить рабочим в счет рабочего дня $^1/_2$ час. на завтрак ежедневно с тем, чтобы рабочие не принимали пищи во время самой работы.

В последнее время везде оборудованы помещения для приема пищи, имеется кипяток, умывальники и мыло.

Инспекция труда считала последнее чрезвычайно важным, в виду возможности введения в организм свинцовой пыли вместе с пищей.

В общем, несмотря на некоторые санитарные улучшения в настоящее время условия и обстановка работы неудовлетворительны, что вместе с профессиональными вредностями и тяжелыми увловиями домашней жизни дает столь большой % больных рабочих.

II.

В настоящее время в типографиях рабочих около 200 чел., из них медицинскому освидетельстваванию по определенной карте подверглись 154 чел. Медицинское освидетельствование рабочих произведено туберкулезным диспансером два раза в 1921 и 1922 г. г. Карта обследования была выработана совместно диспансером и санитарной инспекцией, причем отдельно отмечены в карте симптомы свинцового отравления в форме вопросов для обследовавших врачей. Для разработки взят преимущественно материал 1922 г. Большинство рабочих взрослые мужчины—117 чел.; женщины, в количестве 25 чел., заняты большей

частью в переплетном деле; подростков 12 чел. Ученики все переведены в профтехническую школу, и в разрабатываемую группу не попали.

По возрасту обследованные рабочие распределяются следующим образом:

В возрасте.	Число рабочих	% к общему числу рабочих
До 18 лет .	12 ч.	7
От 18 до 20 л.	18 „	11
От 20 до 30 л.	60 „	40
От 30 до 40 л.	40 „	26
Свыше 40 л. .	24 „	16

Из общего количества семейных 89 чел., холостых и вдовых 65 чел.

По продолжительности работы в предприятии эта группа распределяется следующим образом:

менее 5 лет. .	41 чел.	26 1/2 % общ. числа
от 5 л. до 10 л. .	34 „	22 1/4 „ „ „
свыше 10 лет .	79 „	51 1/4 „ „ „

Таким образом больше половины всех рабочих типографий старые рабочие со стажем свыше 10 лет.

По профессиям рабочие распределяются следующим образом:

Наборщиков .	62 чел.
Печатников . .	46 „
Переплетчиков .	22 „
Чернорабочих .	18 „
Фальсовщиков .	4 „
Брошюровщиков .	1 „
Стереотипщиков .	1 „

Распределение по профессиям в связи с продолжительностью работы в предприятии указано в таблице:

Название профессий	Длительность работы в предприятии до 5 лет	Длительность работы в предприятий от 5—10 л.	Длительность работы в предприятия свыше 10 л.
Наборщики .	6 чел.	10 чел.	46 чел.
Печатники .	15 „	13 „	13 „
Переплетчики .	6 „	2 „	14 „
Чернорабочие .	11 „	3 „	4 „
Фальсовщики .	3 „	1 „	—
Брошюровщики .	—	—	1 „
Стереотипщики .	—	—	1 „

Из этих рабочих беспрерывно в полиграфическом производстве работало 111 чел.; 43 чел. работало с перерывом в 1—3 года. По данным обследования общее число больных разными болезнями составляет 101 чел., т. е. 65,6 проц., для работавших непрерывно проц. больных повышается, а именно 72 проц., а для группы, работавшей с перерывом,—составляет 58 проц.

По отдельным профессиям эти 101 больных распределяются след. образом:

Наборщиков больных	41 чел.	66 %	общ. числа рабоч. данной профес.
Печатников „	34 „	73 „	„
Переплетчиков „	13 „	59 „	„
Чернорабочих „	9 „	50 „	„
Фальсовщиков „	4 „	10 „	„

В зависимости от перерывов в работе в данном производстве соотношение между больными и здоровыми в каждой профессии меняется.

Так:

Наборщиков беспрер. работало	40 ч.,	из них больных	29 ч.	72,5 %
Печатников „ „	39 „	„ „ „	28 „	99 „
Переплетчиков „ „	12 „	„ „ „	7 „	58½ „
Чернорабочих „ „	17 „	„ „ „	9 „	53 „
Фальсовщиков „ „	3 „	„ „ „	3 „	100 „

В общем проц. заболеваемости почти во всех профессиях при беспрерывной работе повышается. К сожалению, остается открытым вопрос о том, в каких условиях и какую работу выполняли рабочие во время перерыва их работы в типографии.

Из общего числа 101 больных рабочих типографии найдено:

Страдающих болезнями легких . .	46 ч.	29,9 % общ. чис. рабоч.
„ из них туберкул. легких	24 „	15,6 „ „ „ „
„ болезнями сосудов и сердца	28 „	18,1 „ „ „ „
„ анемией	16 „	10,5 „ „ „ „
„ нервными болезнями .	7 „	4,5 „ „ „ „
Признаки свинцового отравления найдены (а именно: свинцовая кайма на деснах, свинцовые колики, парезы, ослабление силы экстенсоров и проч.)	18 „	11,7 „ „ „ „
Прочие болезни	6 „	3,9 „ „ „ „

Причем, у некоторых рабочих отмечены несколько заболеваний, так, наприм. болезни легких и признаки свинцового отравления, болезни сосудов и сердца и признаки свинцового отравления, болезни легких и нервные болезни и пр. пр. Всего отдельных болезней зарегистрировано 121, при количестве больных в 101 чел.

По отдельным профессиям эти заболевания распределяются следующим образом:

Среди наборщиков (больных 41, отдельных заболеваний 44):

Страдающих болезнями легких . .	16 ч.	26 % общ. чис. наборщ.
„ из них туберк. легких .	7 „	11,3 „ „ „ „
„ болезн. сосудов и сердца	11 „	17,6 „ „ „ „
„ анемией	7 „	11,3 „ „ „ „
„ нервными болезнями .	2 „	3 „ „ „ „
Признаки свинцового отравления .	6 „	9,7 „ „ „ „
Прочие болезни	2 „	3 „ „ „ „

Среди печатников (больных 34, отдельных заболеваний 45):

Страдающих	болезнями легких . .	15 ч.	32,6	% общ. чис. печатн.
„	из них туберк. легких.	8 „	17,4	„ „ „ „
„	болезн. сосудов и сердца	9 „	19,5	„ „ „ „
„	анемией	6 „	13	„ „ „ „
„	нервными болезнями .	3 „	6,6	„ „ „ „
„	проч. болезнями . . .	12 „	26	„ „ „ „

Среди переплетчиков (больных 13, отдельных заболеваний 13):

Страдающих	болезнями легких . .	6 ч.	27	% общ. чис. перепл.
„	из них туберк. легких .	5 „	28	„ „ „ „
„	болезн. сосудов и сердца	4 „	18	„ „ „ „
„	анемией	1 „	4,5	„ „ „ „
„	проч. болезнями . . .	2 „	9	„ „ „ „

Среди чернорабочих (больных 9, отдельных заболеваний 15):

Страдающих	болезнями легких . .	6 ч.	33	% общ. чис. чернораб.
„	туберкулез. легких . .	1 „	6	„ „ „ „
„	болезн. сосудов и сердца	3 „	16,5	„ „ „ „
„	анемией	2 „	11	„ „ „
„	нервными болезнями .	2 „	11	„ „ „ „
„	проч. болезнями . . .	2 „	11	„ „ „ „

Среди фальсовщиков (больных 4, отдельных заболеваний 4):

Страдающих	болезнями легких . .	3 ч.	75	% общ. чис. фальсовщ.
„	в том числе туберк. .	3 „	75	„ „ „ „
„	болезн. сосудов и сердца	1 „	25	„ „ „ „

Данные обследований показывают высокий общий проц. заболеваемости всех рабочих типографий, причем относительно очень высок проц. больных печатников, что может быть об‘яснено плохой обстановкой работы с одной стороны и, может быть, низшей, по сравнению с наборщиками, оплатой труда и следовательно худшими условиями питания, квартиры и проч. Следует вообще считать проц. туберкулеза большим, чем он выведен в данной статье, ибо в анкетах врачи диагностировали туберкулез по об‘ективным и лабораторным данным, где он был бесспорен, все же подозрительные случаи отнесены к легочным заболеваниям или анемии.

Вообще же приведенные данные недостаточно полны, ибо обследование не было всестороннее (не было исследования зрения, нет измерений и пр.), а последнее было бы интересно для выяснения профессиональных заболеваний.

Данные профессиональной заболеваемости рабочего населения г. Минска по материалам хирургического отделения центральной рабочей амбулатории.

Ординатор ЗАНЕВСКИЙ.

Из центральной радочей амбулатории. (Заведующий амбулаторией доктор Л. Я. Ситерман).

При составлении настоящего отчета нами была поставлена цель, во-первых, охарактеризовать работу хирургического отделения за время с 1 мая 1923 г., по 1 марта 1924 г. и, во-вторых, сделать попытку на основании цифровых данных выяснить зависимость вредности производства на возникновение тех или иных хирургических заболеваний. Такая работа стала проводиться в нашей амбулатории сравнительно недавно и значение ее весьма велико. В виду того, что Минск не является большим фабричным центром, то специфических профболезней, как, например, фосфорный некроз челюстей или свинцовое отравление за редкими исключениями встречать не приходится и, в виду малочисленности фабричного населения, работа по изучению профболезней в Минском масштабе так широко, как это выполняется напр. Москвою, проводиться не может. Но все же можно добиться применительно к нашим условиям, известных результатов, путем выяснения вредных условий производства и давления на органы охраны труда устранить, по возможности, эти вредные моменты.

Приступая к характеристике деятельности хирургического отделения, мы должны указать, что работа отделения, до перехода в новое помещение, т. е. до 10 января 1924 г., протекала при неблагоприятных условиях.

С переходом в новое помещение условия работы изменились к лучшему. Работа хирургического отделения представлена по месяцам в таблице:

Месяцы.	Число перевяз.	Число операций.	Месяцы.	Число перевяз.	Число операций.
Май	1112	56	Ноябрь	1878	50
Июнь	1105	52	Декабрь	2070	57
Июль	1354	46	Январь	1989	47
Август	1507	55	Февраль	2063	52
Сентябрь	1663	38			
Октябрь	2112	32	Итого	16853	495

Таким образом приходится в среднем, в месяц 1685 перевязок и 49 операций, что составляет в день 53 перевязки и 1—2 операции.

Весь амбулаторный операционный материал распределяется следующим образом:

Род операций.	Число.
Вскрытие флегмон	98
„ абсцессов	196
Наложение швов	88
Удаление вросшего ногтя	38
Удаление доброкачествен. новообраз.	38
Удаление инородных тел	26
Правление вывихов	5
Вылущение пальцев	3
Секвестретомия	3
Итого	495

При производстве операций мы старались делать их под общим наркозом, либо же под местной анэстезией и только в исключительных случаях, при согласии больного, мы оперировали без всякой анэстезии. При лечении больных с гнойными процессами после оперативного вскрытия гнойников в полость вводили дренажи, тугой же тампонады мы всячески избегали, так как считали, что тампоны, часто вставляемые, при извлечении ранят грануляции—этот защитительный барьер против инфекции. В случаях, где под руками дренажей не было, мы рыхло тампонировали полость марлей, при чем тампоны вынимали на вторые, третьи сутки, либо вовсе не вставляли тампонов, от чего не видели плохих результатов. Полностью принцип безтампонного лечения гнойных воспалительных процессов нами не применялся, но за последнее время, после ознакомления с работой Блументаля, помещенной в *№ 13 Хир. Архива Бельяминова*, нами в подходящих случаях стал применяться принцип безтампоннаго лечения гнойных ран, но и старый принцип лечения гнойных ран—вставление дренажей—нами еще не оставлен.

Количество больных, обращающихся за хирургической помощью все возростало, что видно из нижеследующей таблицы:

Месяцы.	Колич. больных.	Месяцы.	Колич. больных.
Ноябрь 1922 г.	813	Июль	1680
Декабрь „	976	Август	1844
Январь 1923 г.	1983	Сентябрь	1957
Февраль	551	Октябрь	2267
Март	688	Ноябрь	2023
Апрель	1319	Декабрь	2147
Май	1437	Январь 1924 г.	2149
Июнь	1832	Февраль	2353

Ушибы и раны.

Наименование союзов.	Среднее число больных в месяц.	Наименование союзов.	Среднее число больных в месяц.
Совработники	23,1	Швейпром	7,5
Строители	21,3	Всемедикосантруд	7,0
Кожевники	15,1	Деревообделочники	7,5
Пищевики	15,2	Нарпит	6,2
Транспортники	11,8	Рабземлес	5,8
Рабкомхоз	10,1	Химик	4,9
Металлисты	9,4	Рабис	2,7
Полиграф	9,2	Нарсвязь	1,7
Рабпрос	9,0	Не члены союза	0,5

Воспалительные процессы.

Наименование союзов.	Среднее число больных в месяц.	Наименование союзов.	Среднее число больных в месяц.
Совработники	41,0	Металлисты	16,6
Кожевники	39,6	Всемедикосантруд . .	16,1
Строители	36,0	Нарпит	12,6
Пищевики	32,6	Рабземлес	10,7
Швейпром	20,8	Деревообделочники . .	8,3
Рабпрос	20,6	Химики	6,6
Полиграф	20,5	Рабис	5,4
Транспортники	18,0	Нарсвязь	4,5
Рабкомхоз	17,1	Не члены союзов . .	0,3
Прочие болезни.			
Совработники	16,7	Металлисты	6,4
Строители	15,7	Полиграф.	6,1
Кожевники	15,2	Рабземлес	6,1
Пищевики	12,5	Деревообделочники . .	5,5
Рабпрос	12,2	Нарпит	4,5
Швейпром	8,1	Химик	3,9
Рабкомхоз	8,0	Нарсвязь	3,8
Транспортн.	7,5	Рабис	2,6
Всемедикосантруд . . .	6,5	Не член. союза	0,1
Ожоги.			
Кожевники	9,2	Всемедикосантруд . . .	1,8
Пищевики	5,0	Рабкомхоз	1,3
Нарпит	3,7	Химиков	1,0
Совработники	3,3	Транспортники	0,9
Строители	3,3	Рабземлес	0,9
Рабпрос	2,9	Деревообделочники . .	0,8
Швейпром	2,2	Нарсвязь	0,4
Металлисты	1,9	Рабис.	—
Полиграф.	1,8	Не член. союза	—
Переломы.			
Строители	0,6	Швейпром.	0,2
Рабкомхоз	0,4	Химики	0,2
Пищевики	0,4	Нарсвязь	0,2
Нарпит	0,4	Кожевники	0,1
Деревообделочники . .	0,4	Металлисты	0,1
Всемедикосантруд . . .	0,3	Рабземлес	0,1
Полиграф.	0,3	Рабпрос.	0,1
Рабпрос	0,3	Швейпром.	0,0
Совработники	0,3		
Вывихи.			
Совработники	0,7	Транспортники	0,2
Строители	0,6	Кожевники	—
Рабкомхоз	0,4	Нарсвязь	—
Пищевики	0,4	Полиграф.	—
Всемедикосантруд . . .	0,3	Рабземлес	—
Деревообделочники . .	0,1	Рабпрос.	—
Металлисты	0,1	Химики	—
Нарпит	0,1	Швейпром	—
Рабпрос	0,3		

Наименование союзов.	Среднее число больн. в месяц.	Наименование союзов.	Среднее число больн. в месяц.
	Отморожение.		
Строители	1,9	Всемедикосантруд	0,6
Кожевники	1,8	Рабпрос	0,3
Пищевики	1,5	Полиграф	0,3
Совработники	1,3	Нарсвязь	0,2
Металлисты	1,1	Нарпит	0,2
Комхоз	1,0	Химик	0,2
Транспортники	0,9	Рабземлес	—
Деревообделочники	0,9	Рабпрос	—
Швейпром	0,7		
	Доброкач. новообразования.		
Совработники	5,7	Транспортники	1,1
Строители	3,7	Пищевики	1,0
Рабпрос	3,6	Металлисты	0,6
Кожевники	3,0	Химики	0,6
Полиграф	2,7	Нарпит	0,5
Швейпром	1,8	Рабземлес	0,5
Нарсвязь	1,6	Нарсвязь	0,4
Всемедикосантруд	1,5	Деревообделочники	0,3
Рабкомхоз	1,5		
	Злокачественные новообразовния.		
Совработники	0,1	Комхоз	0,1
Рабпрос	0,1	Всемедикосантруд	0,1
Рабземлес	0,1	Швейпром	0,1
Кожевники	0,1	Химики	0,1
Металлисты	0,1		
	Отравление.		
Совработники	0,3	Нарпит	0,1
Строители	0,2	Кожевники	0,1
Пищевики	0,1	Деревообделочники	0,1

Просматривая настоящие таблицы, мы получаем представление об абсолютном количестве больных, прошедших через хирургический кабинет, по союзам и по роду заболеваемости. На первом месте по роду болезней должны быть поставлены воспалительные процессы, как-то: фурункулы, карбункулы, абсцессы, флегмоны, при чем больных с фурункулезом обращалось больше всего; фурункулы мы встречали на шее, на предплечьях, на ягодицах и вообще на тех местах, где происходит трение одежды. В аналогичных местах встречаем мы абсцессы и флегмоны; больных с панарициями отмечается много среди тех производств, где приходится манипулировать с грязными предметами, например, у щетинщиков, кожевников. На втором месте стоят больные с ушибами и ранами. Здесь следует констатировать, что ранения, как, например, порезы пальцев, встречались нами среди всех союзов, но чаще всего—среди металлистов, строителей, у которых случались несчастные случаи—отрывы пальцев и т. п. Более значительных ранений за все время нами не было встречено; возможно, что такие больные сразу

попадали в больницу, хотя и в прошлом, когда я работал в 1 горсовбольнице, мне не удалось отметить больных с размозженными верхними либо нижними конечностями от несчастных случаев. В фабричных районах такие случаи нередки. На третьем месте стоят больные, внесенные в рубрику прочих болезней, куда входят, например больные с ревматизмом, подлежащие ведению терапевтов, грыжи, аппендициты, расширение вен, язвы желудка, геморрои, направляемые для оперативного лечения в больницу.

На четвертом месте стоят больные с ожогами, но количество их невелико. Ожоги, занимающие обширные места, встречались нами в виде исключения, чаще всего попадались ограниченные ожоги на руках у пищевиков (кухарки); у кожевников, строителей повреждения кожи, напоминающие ожоги, возникали от действия химических веществ (известь, кислоты).

На пятом месте стоят больные с доброкачественными новообразованиями, например, бородавки, атеромы, фибромы; в эту рубрику также внесены больные с мозолистыми утолщением кожи с подкожной клетчаткой.

Больных с переломами зарегистрировано 44 и 32 с вывихами; переломы верхних конечностей, например, перелом лучевой кости в нижней трети, переломы плеча; переломов же нижних конечностей у нас не было отмечено, так как они сразу направлялись в больницу. Как случаи с переломами трактовались нами больные, являющиеся к нам из больницы с неокрепшими костями, мозолями для направления в контрольно-врачебную комиссию, поэтому цифра 44 и считается большою. Свежих случаев с вывихами например, плеча, предплечья нами встречено немного. Далее нами было указано, что за 10 месяцев произведено было 5 вправлений вывихов верхних конечностей (2 случая вывиха большого пальца руки, 2 случая вывиха предплечья и 1 случай вывиха плеча); остальные 27 случаев регистрировались нами, как случаи после вправлений либо на заводе, либо в больнице, и они обращались в амбулаторию для направления в контрольно-врачебную комиссию.

Больных с отморожениями, наблюдаемыми в декабре, январе и начале февраля, отмечено среди членов всех союзов, за исключением членов союза Рабземлес и Рабис, при чем на первом месте стоят строители, далее кожевники, т. е. работники, принужденные работать на морозе. Обширных отморожений не было, чаще всего обращались больные с отморожениями концов пальцев, рук, ног, ушей. Отморожений 3 степени было встречено в двух случаях (отморожение уха и пальцев ноги), остальные больные были с явлениями отморожения 1 либо 2 степени. Меньше всего больных отмечено было с явлениями отравления; при чем к последнему роду относятся 9 случаев попыток к самоубийству.

Чтобы яснее представить себе влияние производства на происхождение хирургических заболеваний, нами высчитано процентное отношение больных с названными болезнями; с таблицами, рисующими абсолютное количество больных представляемые ниже таблицы не могут сходиться по вполне понятным причинам, так как количество членов того или иного союза неодинаково.

Воспалительные процессы.

Наименование союзов.	% отношение больных.	Наименование союзов.	% отношение больных.
Металлисты	19	Рабземлес	7
Швейпром	14	Деревообделочники .	6,7
Полиграф	13,2	Рабис	6
Кожевники.	12,8	Рабкомхоз	5,4
Пищевики	11,4	Всемедикосантруд . .	5,3
Химики	10,6	Совработники. . . .	4,7
Транспортники . . .	10,3	Нарсвязь	4
Нарпит	10,1	Рабпрос.	0,5
Строители	7,6		

Ушибы и раны.

Металлисты	10,2	Строители	4,5
Химики	10	Рабземлес	3,9
Полиграф	6,4	Рабис	3,8
Деревообделочники .	6,3	Рабкомхоз	3,4
Транспортники . . .	6,3	Совработники. . . .	2,66
Кожевники.	6,18	Всемедикосантруд . .	2,4
Пищевики	5,37	Нарсвязь	1,2
Швейпром	5,3	Рабпрос.	0,2
Нарпит	5,1		

Прочие болезни.

Химики	8,7	Нарпит	3,8
Металлисты	7	Рабис	3,6
Швейпром	5,9	Строители	3,3
Пищевики	5	Комхоз	3
Кожевники.	4,9	Рабпрос.	3
Деревообделочники .	4,6	Нарсвязь	2,8
Транспортники . . .	4,3	Всемедикосантруд . .	2
Полиграф	4	Совработники. . . .	1,9
Землес	4		

О ж о г и.

Нарпит	3	Полиграф	0,6
Кожевники.	2,9	Всемедикосантруд . .	0,6
Металлисты	2	Рабземлес	0,6
Химики	2	Совработники. . . .	0,4
Пищевики	1,8	Рабкомхоз	0,4
Швейпром	1,6	Рабис	0,4
Строители	0,7	Транспортники . . .	0,4
Деревообделочники .	0,7	Нарсвязь	0,4
Рабпрос.	0,7		

Доброкачественное новобразование.

Наименование союзов.	% отношение больных.	Наименование союзов.	% отношение больных.
Полиграф	1,9	Металлисты	0,6
Швейпром	1,3	Всемедикосантруд	0,5
Химики	1,2	Рабкомхоз	0,5
Нарсвязь	1,1	Нарпит	0,4
Кожевники	0,9	Рабземлес	0,3
Рабпрос	0,9	Нарсвязь	0,3
Строители	0,7	Пищевики	0,3
Совработники	0,65	Деревообделочники	0,2
Транспортники	0,6		

Отморожение.

Деревообделочники	0,8	Полиграф	0,2
Кожевники	0,5	Всемедикосантруд	0,2
Пищевики	0,5	Совработники	0,1
Швейпром	0,5	Металлисты	0,1
Строители	0,4	Нарсвязь	0,1
Транспортники	0,4	Нарпит	0,1
Химики	0,4	Рабпрос	0,09
Рабкомхоз	0,3		

Сравнивая первые таблицы, представляющие абсолютное количество больных, прошедших через хирургический кабинет по роду болезней, с последними, мы замечаем резкую разницу. В то время, как больше всего обращалось в амбулаторию больных с ушибами и ранами членов союза совработников, а последнее место по количеству больных с этими же болезнями занимают члены союза нарсвязи, тогда как процент больных членов союза совработников с ушибами и ранами равняется 2,66 проц, а Нарсвязь 1,2 проц. металлисты же в проц., отношении превосходят совработников, тогда как в абсолютном числе посещаемости они занимают 7 место. Такое же отношение создалось и при воспалительных процессах: металлисты в проц. отношении (19) занимают первое место, в абсолютном числе посещаемости занимают 10 место. Отсюда мы должны заключить, что представленные нами вторые таблицы могут служить мерилом известной зависимости заболеваемости от производства. Да оно и понятно. Ведь металлисты по роду своей деятельности подвергаются большему влиянию вредных условий производства по сравнению с работниками рабпроса, всемедик., совработник, и т. д., у них чаще наблюдаются различные травматические повреждения и воспалительные процессы, нежели у последних, поставленных в более благоприятные условия и работающих в лишенной грязи обстановке. Если же и воспалительные процессы наблюдаются у них, то точно такой же процент заболеваемости ими мы найдем и у остального населения, не связанного ни с каким производством. Что касается термических повреждений, то нарпит и кожевники занимают первое место, а нарсвязь последнее, и тут можно отметить получение ожогов у домашних работниц, имеющих дело с топкой печи, кухонной работой, где часто представляются удобные случаи обжечь себя кипятком. У кожевников же ожоги получаются от действия едких химических веществ (известь), употребляемых в кожевенном производстве.

Что же касается отморожений, то самый больший проц. больных относится к союзу деревообделочн., что зависит оттого, что в зимние месяцы им приходится работать на морозе. Процентное отношение для больных с переломами и вывихами нами не высчитывалось, так как по каждому союзу зарегистрировано было по несколько случаев, от 6 до 1; эти повреждения носили случайный характер и только в некоторых случаях, например, у строителей и деревообделочников травматические повреждения были связаны с самим производством. В Минске как уже было упомянуто нами в начале отчета, работа по изучению профвредности широко проводиться не может; для этого необходим промышленный центр с большим количеством рабочих, занятых в определенном производстве, где имеются большие фабрики и заводы; у нас же за исключением государственных кожевенных заводов, завода „Энергии", завода „Беларусь", „Красная Заря", „Варшавянка", „Пролетарий", нет таких фабрик и количество рабочих, занятых в том или ином производстве, не велико; так, металлистов всего зарегистрировано 339 чел., кожевников 1148, пищевиков 1012 и т. д. и на таком малом материале проводить работу трудно. Но все же при определенном подходе к данному вопросу и учитывая условия работы, можно и на нашем материале выявить те или иные вредные моменты, влияющие на здоровье рабочих. Ведь профболезни являются в результате специфической профвредности, зависящей, во-первых, от природы обрабатываемого материала, во-вторых, от способов обработки материала и, в третьих, от санитарных условий, связанных с работой; но помимо профболезней существуют болезни, называемые болезнями рабочих вообще, развивающиеся на почве жизненной обстановки рабочих, имеющее связь с заработком; и вот, чтобы подойти к вопросу об изучении профболезней необходимо изучить быт рабочих, влияние его на здоровье вообще и тогда, зная зависимость заболеваемости от местных санитарных условий, климата, почвы, экономических условий, зиологических факторов, конституции, образа жизни, привычек и т. д., исключивши все эти вредные моменты, можно профболезни рассмаиривать с точки зрения непосредственного влияния производства на таболеваемость.

Заканчивая настоящий отчет, в котором мы также отметили работу, которая ведется нами в направлении изучения профзаболеваемости, мы должны сознаться, что нами сделано мало, но в этом не наша вина. Вина эта зависит от недостатка работников, долженствующих вести работу в смысле не только констатирования профзаболеваемости, но и в смысле санитарно-гигиенических и санитарно-технических обследований на местах, в смысле изучения быта рабочих, без знания какового работа не будет носить полного характера.

Энтероптоз и его влияние на человеческий организм.

Б. А. ПРАТУСЕВИЧ.

Ординатор факультетской терапевт. клиники Бел. Гос. Унив-та (Директор, профессор С. М. Мелких).

Массовое голодание, поставленное мировыми событиями в необычайном масштабе, привело к тому, что важные внутренние органы человека, как желудок, печень, кишечник, почки и т. д., лишенные фиксирующего их жирового слоя, вместе с ослаблением соединительнотканного связочного аппарата, начали скользить вниз, изменили свое положение, форму и вызвали целый ряд расстройств их функции. В результате всех этих изменений явились часто требующие энергичного и продолжительного врачебного вмешательства сложные и упорные страдания, которые и будут служить предметом настоящей работы.

Еще в середине прошлого столетия Боткин, Glènard, Образцов и др., исходя из своих наблюдений над опущением различных органов брюшной полости, пришли к заключению, что это опущение не есть какой-либо невинный курьез натуры, а в большинстве случаев—явление более общего болезненного процесса, нередко одно из явлений вырождения, и дали ему аналогичные названия—энтероптоза, висцероптоза, спланхоптоза. С тех пор как за энтероптозом было признано право на самостоятельное место в ряду других болезненных форм, он вошел в поле ясного клинического зрения, и стали накопляться наблюдения, указывающие на значение известных анатомических и физиологических особенностей в развитии этого паталогического состояния. Проф. Троицкий в своих клинических наблюдениях над опущением желудка говорит: „не могу не обратить внимание на наблюдающееся в последнее время значительное учащение случаев гастроптоза; как раньше тифы, так теперь птозы заполняют наши больницы, наши амбулатории. Статистика его наблюдений показала, что у лиц, страдающих пищеварительными расстройствами, птоз наблюдался в 35%, при чем чаще у женщин, чем у мужчин, а именно в отношении 14:1. Отмечено также при распределении больных по возрасту, что явления гастроптоза, как у мужчин, так и у женщин сказываются главным образом в молодом и среднем возрасте, убывая постепенно к старости. Таким образом выходит, что энтероптоз поражает наиболее работоспособный возраст, что не может, конечно, не отражаться на экономическом благосостоянии страны и не приобрести общественного значения.

При энтероптозе мы имеем дело с опущением или всех брюшных органов, или преимущественно какого-либо одного из них. Иногда уже один осмотр живота дает весьма ценные результаты для диагноза птоза.

Верхняя часть брюшной полости пустеет и потому брюшная стенка в верхней части живота западает, нижняя же часть, напротив

выпячивается; живот принимает форму полумешка (так наз. ventre en besace фр. клин.), степень деформации в каждом отдельном случае определяется показателем Becher-Lehnhofta $= \frac{\text{Distantia jugulo-pubica}}{\text{минимальн. окружность живота}} \times 100$, который у здоровых людей в вертикальном положении меньше 75, а у лиц с энтероптозом переходит за 80. Если иногда птоз определяется уже лишь осмотром, то в некоторых случаях диагностика его сопровождается значительной трудностью. Косвенными признаками птоза Образцов считает выпячиванье в области epigastrium'а, присутствие отвислого живота (Hängenbauch Landau) с расхождением прямых и косых мышц, низкое стояние пупка, углубленная двойная или тройная пупочная складка. Последний признак отмечался в половине случаев. Рентген в случаях наиболее тяжелых давал лишь уплощение и понижение свода диафрагмы и иногда уменьшенную дыхательную подвижность. Патало-го-анатомические вскрытия давали определенные данные лишь в тех случаях, когда смещенные органы были фиксированы образовавшимися сращениями. Что же касается суб'ективных ощущений, наблюдаемых при этом заболевании, то некоторые из больных, несмотря на крайнюю степень энтероптоза, не давали почти никаких местных или рефлекторных симптомов; некоторые указывали на то, что при ходьбе и напряжении что-то валится, после чего ощущается тяжесть в животе, в особенности при движениях. Из рефлекторных симптомов некоторые указывают на головные боли, сердцебиение, слюнотечение, иногда чувство напирания на низ и неправильности мочеиспускания.

Одним из частых проявлениий энтероптоза в последнее время стали отмечать птоз печени, так наз. гепатоптоз, который часто просматривается вследствие отсутствия суб'ективных симптомов и приобретает особенное клиническое значение при наличии разных рефлекторных явлений, влияющих на функции дыхания и кровообращения.

Опущенная печень часто сопровождается cholelythiasis, в течение которого, на почве сдавления и перегиба ducti choledochi, нередко развивается желтуха. Иногда опущенная печень сдавливает начальную часть duodeni, следствием чего является расширение желудка. Einhorn и Glènard указывают, что опущенная печень дает неопределенные жалобы со стороны нервной системы: постоянно тянущие боли в правом подреберьи и боли распространенные по всему животу, отдающие в спину или в поясницу и проходящие при лежании. У некоторых острые боли являются приступами после перенапряжения или еды и напоминают желчные колики или астматические приступы, у других острые боли в подложечной области сопровождались рвотой, длившейся по несколько часов, и обмороками. Боткин указывает на рефлекторный кашель, tussis hepatica, появляющийся или самопроизвольно или при давлении на печень, но характерно то облегчение болевых и других симптомов, которое наступает в лежачем положении, в особенности, на правом боку.

В ряде случаев энтероптоз сказывается далее на толстой кишке. Coecum часто прощупывается в виде раздутого колбасовидного безболезненного тела, в то же время спастически сокращенный colon transversum нередко определяется в виде поперечного шнура (corde colique), в виде подобного же шнура прощупывается в левой подвздошной ямке flexura sigmoidea. Вследствие колоптоза мускулатура слепой кишки нередко бывает весьма атонична, содержимое ее задерживается в ней и растягивает ее, последствием чего бывает местный хронический катарр слепой кишки, сопровождающийся чувствительностью к давлению и иной раз territorial коликообразными болями в области appendix'а, симмулирующими аппендицит, в особенности, если слепая кишка имеет несколько удлиненную брыжжейку, создающую так наз. caecum mobile.

Диагноз опущения желудка (гастроптоз) ставится обычно на основании данных пальпации и рентгеноскопии. Там где рентгена нет, проще всего прибегнуть к раздуванию желудка через зонд или при помощи угольной кислоты, образующейся после питья друг за другом раствора соды и acidi tartarici. Проф. Образцов указывает, что при расслаблении брюшных стенок удается прощупать у гастроптотиков не только большую кривизну, но и малую; если же наполнение желудка и упитанность суб'екта средние, то, низкое стояние большой кривизны уже указывает на резкую атонию желудка и гастроптоз и очень редко только на расширение, так как гипертоническая форма расширения (при органическом сужении pyloris'а) дает чаще увеличение об'ема желудка насчет его передне-заднего размера. В виду того, что гастроптоз часто сопровождается и опусканием диафрагмы, в особенности у мужчин, то проф. Образцов указывает на наблюдаемый им характерный симптом (pulsatio epigastrica), наблюдаемый при вертикальном положении больного sub scrobiculo cordis; pulsatio epigastrica cardialis, а не aortalis—подчеркивает Образцов,—ибо у сердца при опущении диафрагмы ослабевают фиксирующие его моменты, а посему оно опускается, принимает вертикальное положение и дает вышеуказанное pulsatio cardialis. Для отличия аортальной подложечной пульсации от сердечной он пользовался простым приемом—заставлял больного усиленно вздохнуть; при вдохе сердечная пульсация усиливается, а аортальная, наоборот, уменьшается или вовсе исчезает благодаря увеличению передне-заднего размера брюшной полости. У женщин это явление не наблюдается. Суб'ективными симптомами во всех этих случаях является давление в подложечной области, особенно после принятия пищи, отрыжка, изжога, затруднение дыхания.

Клиническая симптоматология этого заболевания, в связи с анатомическим положением желудка, степенью и формой его опущения, весьма разнообразна. По выражению Stiller'а получается длинный ряд симптомов, на одном конце которого стоят случаи, симмулирующие раковую кахексию или тяжелую чахотку, а на другом—случаи почти не принадлежащие к области патологии, где жалобы ограничиваются лишь недостаточным опорожнением кишечника.

Страдают обыкновенно как двигательная, так чувствительная и секреторная функции желудка. Патология со стороны секреторной функции выражается то в повышении, то в понижении ее; при чем характерно то, что при повторных анализах желудочного сока отмечается непостоянство кислотности. Нередко наблюдается положительная реакция на кровь, вследствие легкой ранимости набухшей от гиперемии слизистой оболочки на складках, образуемых в местах перегибов стенки опущенного желудка. Иногда появление крови зависит также от образования настоящих язв, которые однако, по мнению Rovsing'а ничего общего с круглой язвой не имеют. Они располагаются на границе между cardia и corpus ventriculi, где чаще слизистая желудка собирается в складки. Здесь даже рентгенограмма давала ложную картину песочных часов, и только последующие наблюдения убеждали в истинной причине страданий. Симптоматическая терапия, применяемая в таких случаях, оставалась безрезультатной, а наступление беременности у женщин, способствовавшее восстановлению нормального положения желудка, давало значительное облегчение; и вообще во всех таких случаях отмечалось улучшение болезненных симптомов при лежании; также характерно непостоянство положительной реакции на кровь. Двигательная функция желудка в большинстве случаев значительных уклонений от нормы не давала, только там, где опущение желудка комбинировалось с расширением его полости и сопровождалось высоким стоянием привратника или фиксированием начальной

части 12-типерстной кишки, там клинически отмечалась картина наихудшего функционирования желудка. Что касается нервной системы при гастроптозе, то она обыкновенно глубоко поражается и дает значительное расстройство функций. Боли, наблюдаемые при гастроптозе, появляются обыкновенно независимо от приема пищи, иногда натощак, а у 10% были только ночные боли. Локализация болей весьма различна, но все же у большинства она сосредоточена в подложечной области, что зависит по мнению Rovsing'a от прощупываемой болезненной аорты, которая в норме расположена неподвижно, а при опущении внутренностей и вялости брюшной делается доступной исследованию и подвигаясь вперед, вследствие постоянного раздражения окутывающего ее солнечного сплетения, создает эту болезненность. Ortner пользуется следующим приемом для установления зависимости болей от птоза: если он в стоячем положении приподнимает снизу вверх крепко брюшную стенку, то боли моментально исчезают. Alfred отмечает даже определенную болевую точку, типичную для гастроптоза и находящуюся по lin. mediana у основания proc. xyphoidei. Для нахождения ее он рекомендует, став сзади больного, левой рукой надавить на подложечную область—больной почувствует сильную боль, которая однако быстро исчезает, если при этом правой рукой приподнять брюшную стенку, и вновь появится при опущении ее. Симптом этот, по мнению автора, касается cardial'ной части желудка и зависит от давления на plexus gastricus, образуемого здесь веткой блуждающего нерва. Эти болевые ощущения значительно усиливаются при нервном habitus'е больных и могут вследствие значительно выраженной гиперестезии слизистой оболочки желудка служить причиной жестоких гастральгий и рвот даже при ничтожном введении самой легкой пищи. Из диспептических явлений следует отметить рвоту, наблюдаемую у 35% больных, далее тошноту, отрыжку, отсутствие аппетита и запоры в связи с колоптозом. Но все же все эти явления подвержены значительным колебаниям и ослабевают при постельном положении больных.

Как последствие гастроптоза наблюдается резкое малокровие и исхудание больных—так наз. кахексия гастроптотиков Rovsiug'a, нередко сопровождаемая даже присутствием молочной кислоты в желудочном соке, но прибавка в весе и отсутствие опухоли при наличии гастроптоза, также улучшение симптомов при лежании, оправдывает диагноз птоза. Трудность дифференциального диагноза иногда зависит от довольно частого совпадения симптомов птоза с ulcus rotundum; в таких случаях только на операционном столе устанавливается истина. Эти случаи в смысле лечения представляются наиболее сложными.

Проф. Соколовский в своем докладе о пептических язвах говорит, что осложнения после операции—ulcus pepticum—часто наступали в тех случаях, где были язвы и птоз, а посему предлагает в таких случаях наряду с gastroenterostomi'ей производить гастропексию. Образцов, ведший свои исследования, направленные на отыскание сперва блуждающей почки, а потом печени и селезенки, нашел, что разграничение симптомов гастроптоза от птоза других органов не всегда представляется возможным, ибо чаще всего мы имеем комбинацию птоза всевозможных органов, но так как птоз не всегда сопровождается болевыми симптомами, то мы обыкновенно устанавливаем только: от птоза какого органа больной в данное время страдает. Следует отметить однако, что у мужчин гастроптоз, изредка сопровождаемый гепатоптозом, часто является единственным выражением птоза органов.

Я приведу здесь краткие истории болезни некоторых из наблюдаемых мною больных.

Случай I. Больная С., 60 лет, поступила с жалобами на сильные боли в подложечной области, наступающие часто после приема пищи через 2-3 часа, рвоту, отрыжку

кислотой, запоры, головные боли и бессонницу. Она жит-ца м-ка Минской губ., домашняя хозяйка, всегда исполняла тяжелую физическую работу, имела 10 беременностей. Все вышеуказанные диспептические явления наблюдались у нее около 7 лет, но в слабо выраженной форме; 1½ года тому назад она перенесла какое-то острое инфекционное заболевание, сопровождавшееся обострением бывшего у нее хронического бронхита, после чего болевые ощущения и рвота настолько участились, что больная не могла ничего есть; ее кормили при помощи питательных клизм. Доведенная до полного истощения она была доставлена в клинику с диагнозом cancer ventriculi. При об'ективном исследовании найдено: сознание ясное, положение полуактивное. Общее питание и состояние сил резко ослаблено. Больная крайне истощена; цвет лица ее имеет землистый оттенок. Поверхность грудной клетки с уровнем живота образует тупой угол, открытый к переди, X-ое ребро свободно, index Becher-Lehnhofta 85. Границы легких опущены по всем направлениям, перкуторно-коробочный звук почти на всем протяжении обоих легких.

P. 70 легко возбудим, нет свойственного возрасту напряжения. Число серд. сокр. 70. Сердце на значительном пространстве прикрыто легкимл. Мочеиспускание учащено, иногда сопровождается болями. Со стороны органов пищеварения можно отметить следующее: влажный, слегка обложенный язык, отсутствие зубов (резцов и коренных) верхней челюсти. Аппетит понижен. Стул задержан. Живот мягкий, увеличен, выпячен особенн(о в нижней части. Нижняя граница желудка при исследовании по Образцову и по Boas'y 'путем фоноаускультации) на 3 ctm ниже пупка—есть шум плеска; в области coecuma-урчанье, видна перистальтика тонких кишек. Перкуторно местами тимпанит, местами притупление, последнее главным образом в области flexura sigmoidea, которая прощупывается в виде шнура. Hernia inguinalis bilateralis. Hepar—верх. гран с 7-го ребра; нижняя не выходит из подреберья. Lien N. При исследовании желудочного сока найдено: общ. к. 6, своб. Hcl abs. молочная кислота, sanguis abs. В осадке крахм. зерна. При определении двигательной способности желудка проба с салолом дала положит. результат лишь через 4 часа. Иссл. крови: Hb 64%, E=5,000,000, L=10200. Больная находилась в клинике около 2-х месяцев, при чем за это время у нее значительно улучшился аппетит, стали исчезать понемногу наблюдаемые раньше боли и рвоты, исчезали и запоры, сопровождаемые болезненностью в области мочевого пузыря и затрудненным мочеиспусканием, изменился цвет лица, исчез прежний землистый оттенок,—б-ная приняла моложавый вид: она пополнела, заметно прибыла в весе (хотя у нас весов нет, но ее внешний вид давал возможность судить об этом) и выписалась с значительным улучшением. При поступлении в клинику она вследствие слабости не могла даже сидеть, а теперь ходила свободно, приспособившись к бандажу, одетому на область живота. Из терап. средств она получала, покой, грелки на область живота и acid. mur., от которого сама скоро отказалась.

Итак мы видим, что рвота и резкое исхудание, наблюдаемые раньше у С. были не следствием cancer'a, а исключительно гастро и колоптоза. Здесь мы имеем случай кахексии гастроптотиков, отмеченной Rovsing'ом.

Случай II. Б-ной Г. М., 28 лет, жит. г. Борисова, по профессии парикмахер—последние годы состоит фабричным рабочим; жалуется на боли в подложечной области, появляющиеся иногда спустя 2—3 часа после приема всякой пищи, а иногда и независимо от пищи, но в связи с тяжелой работой и физическим перенапряжением; боли эти сопровождаются ощущением тяжести внизу живота, рвотой и отрыжкой. Все вышеуказанные явления наблюдаются при движении и работе и исчезают при лежании. Считает себя больным 4 года, указывает на неблагоприятные условия жизни этого периода—пребывание в армии, нервные потрясения, голодание. Когда он получил возможность на некоторое время улучшить питание и не исполнять тяжелой физической работы, то все паталогические явления исчезли, но пришлось снова приступить к станку, да к тому еще он перенес возвратный тиф (2 приступа) и брюшной тиф, после чего наступило резкое ухудшение общего состояния; с возобновлением всех вышеуказанных явлений он поступил в клинику. Указывает, что его мать и сестра 13 лет страдают аналогичной ему желудочной болезнью.

St. praesens: Сознание ясное, положение активное. Общее питание и состояние сил значительно ослаблено. P. 70 durus. Дых. 18. Кожа и видимые слиз. бледны. Орг. пищев.: язык влажный, слегка обложен, рвота непереваренной пищей, иногда изжога и отрыжка. Стул ежедневно оформлен. Живот мягкий, болезнен при пальпации в подлож. области.

Плеск в области желудка, нижняя граница его при исследовании по Образцову и Boas'y на 3 ctm ниже пупка. Урчанье в области кишек. Hepar: отмечается подвижность ее верхней границы при перемене положения из лежачего в сидячее на 1 ребро; попер. диаметр. печени 8 ctm.

Орг. дых. Грудная клетка удлиненная, надключичные ямки резко выражены с обоих сторон, особенно слева. Небольшое укорочение перкуторного звука в области левой верхушки. Поля Krönig'a—слева 2 ctm, справа 4 ctm. Правое легкое—всюду ясный легочной звук, подвижность нижнего легочного края сохранена; лев. легкое: ниже ключицы спереди и сзади на всем протяжении перкуторный звук с короб. оттенком. Подвижность нижнего края ограничена.

Аускультация: лев. легкое—удлиненный выход на верхушке, ниже—везикулярное дыхание; прав. легкое—дыхание везикулярное, местами ослабленное. Всюду рассеянные сухие хрипы.

Нервная система: коленные и зрачковые рефлексы повышены, красный дермографизм, головные боли.

10/II. Иссл. жел. сока: Натощак добыто 10 кб. желудочного сока кислой реакции; после пробного завтрака получено 80 кб. ж. сока, тверд. ост. 25 кб. Общ. к. 58, Св. HCl 34, молочная кислота, sanguis-abs. В осадке много жировых капель, крахм. зерен и клеток эпит. полости рта. 13/II Исследование жел. сока вторично: натощак ничего не оказалось; после пробного завтрака получено 50 кб. ж. сока, тверд ост. 15, общ. к. 44 Св. HCl 30, мол. кисл., sanguis-abs; в осадке крахмальные зерна, жиров. капли. Иссл. по Mathieu Reymond'у на двиг. способность дало результаты соответств. N. 17/II. Иссл: faeces: бензидин. проба слабо положит. (Больной этот день был в движении, накунуне ел мясо) 19/II Рентгеноскопия; желудок атоничен, имеет форму крючка и расположен в fossa iliaca sinistra не увеличен, гастроптоз резко выражен. 21/II Проба с салолом (на определ. двигат. способности желудка) дала положительный результат через 2 часа и исчезла через 25 час.

23/II Исслед. мочи: уд в. 1014 белку, сахару нет; индикан, уробилин в N., N 24/II Иссл. крови: Hb 65% E=3,350.000; Z=8200. Кров. давл. 110—120. При повторном исследовании faeces—бензид. проба была отриц. Больной лежит, болей нигде нет, отсутствуют всякие диспептические явления, но стоит ему походить в течение часа, как снова появляются прежние жалобы. Ему предложено одеть бандаж. Больной отмечает улучшение: при ношении бандажа считает себя вполне здоровым, может ходить не ощущая никаких болей, но если день не одевает бандажа, то снова чувствует сильные боли. Больной находился на общей диэте с тех пор, как стал носить бандаж и все же состояние его резко улучшилось. Он выписался с значительным улучшением, приступил к работе и по сию' пору (по имеющимся у меня сведениям) не ощущает никаких диспептических явлений, а также болей.

Далеко не редкое явление, причиняющее не мало страданий человеку, представляет по исследованиям Образцова опущение почки. Всякие моменты, которые способствуют уменьшению внутри брюшного давления (как-то растяжение брюшных стенок, ослабление их благодаря быстрому и значительному исхуданию)—все это способствует опусканию почек. При чем замечено, что левая почка реже опускается, чем правая, чему повидимому способствует ее более благоприятное анатомическое положение. Различая врожденную и приобретенную эктопированную почку, Образцов указывает, что 1-ая, т. е. врожденная, бывает чаще у мужчин и наблюдается слева, а приобретенная подвижная почка чаще у женщин и притом справа. Диагносцируется эктопированная почка помимо физических методов исследования еще почти безошибочно путем пиэлографии. Нормальная почка при хорошей технике распознается во многих случаях по овальной нежной тени, видимой на пластинке сбоку от позвоночника в пределах 11-го грудного и 3-го поясничного позвонков. Проф. Боткин указывает, что та или иная степень подвижности почки, то или иное ее положение неодинаково влияют на человеческий организм. По его мнению значительно опущенная почка (до полости малого таза) тревожит меньше больного, чем та, которая стоит высоко, при чем почка, не перешедшая в своей подвижности пупочную линию и находящаяся выше ее, дает больше всего осложнений, ее нередко трудно определить, при ощупывании она болезненна, обусловливает она ряд отраженных припадков в роде головокружений, сердцебиений, разного рода стенокардий, создает расположение к различным неврозам желудочно-кишечного канала. Подвижная почка беспокоит больных в силу раздражения нервных аппаратов во время сотрясений, причем раздражения эти проявляются резче в желучно-кишечном тракте, в сферах как двигательной, чувствительной, так и отделительной; дают то гипер., то гипоперистальтику кишек с чередованием запоров и поносов, то уменьшение тонуса кишечной мускулатуры, выражающееся громадным вздутием живота. Лихачева в своих клинических наблюдениях над конституционально-опущенной почкой пришла к заключению, что в таких случаях нередко наблюдается т. н. ортостатическая альбуминурия, иногда повышенный диурез. Проф. Спаскукоцкий указывает на нефроптоз, как причину пароксизмальных почечных кровотечений.

Проф. Федоров указывает на иногда сопутствующий смещенной почке колит и даже аппендицит, зависящий, по его мнению, от механического давления со стороны почки на толстую кишку, с развитием тифлоколита, встречающегося гораздо чаще, чем аппендицит. Если прощупать смещенную почку тем или иным способом удается, то определить, что имеющиеся симптомы зависят именно от нее или даже, что прощупываемая опухоль есть именно почка,—чрезвычайно трудно. Так Wyss описал случай громадного расширения желудка, вследствие опухоли, принятой за canc. pylori, оказавшейся, однако, на операции сместившейся правой почкой, лежавшей сзади привратника; после нефропексии больной совершенно выздоровел. Проф. Разумовским описаны случаи гематурии с почечными коликами, где нефротомия и нефропексия дали полное излечение; причиной гематурии он считал застой крови в почке, вследствие перегиба и перекручивания сосудов. Проф. Боткиным описано много случаев истерии, находившихся в связи с опущением почки; как только восстанавливалось нормальное положение органа, сейчас же исчезали все рефлекторные явления. Он указывает еще на ряд осложнений, связанных с этим страданием: так, иногда почка, в силу удлинения своих сосудов, на которых она подвешена, и других укреплений, получает способность перевертываться и сопровождаться загибом мочеточника, что обусловливает прекращение отделения мочи, ведет к растяжению почечной лоханки, сопровождается приступами почечной колики и может быть причиной гидронефроза, иногда с вторичным пиэлитом. Кроме того почка, подвергающаяся постоянно этим ударам и толчкам, не может вообще функционировать правильно. Конечно, эти патологические изменения могут быть непостоянны, усиливаясь под влиянием толчков, или если больной, носивший бандаж, снимает его. При этом наблюдается нередко уменьшение количества выводимой мочи до 500,0 в сутки, увеличенное отделение мочевой кислоты, белок, микроскопически попадаются элементы из лоханок и даже эпителиальные цилиндры, т. е. становится очевидным, что начинается развитие в почках процессов воспалительного характера, при чем в отличие от процессов, развивающихся при инфекционных болезнях, где они разлитые, общие обоим почкам и протекают большей частью в кортикальном слое. здесь—чаще в одной почке и занимает медулярную субстанцию; процесс начинается с лоханок, распространяется далее восходящим путем и ведет к образованию отеков. Проф. Траубе указывает, что лица, страдающие подвижностью почек, особенно предрасположены к образованию мочекислых камней со всеми происходящими отсюда последствиями. Весь этот комплекс осложнений в силу своей реальности привел к тому, что опущенная почка прочно завоевала себе право, как отдельная нозологическая единица.

Что касается этиологии всех этих страданий, то Образцов указывает, что, из исследованных им больных, у большинства в анамнезе продолжительные запоры, которые уже сами по себе способствуя упадку питания, создают благоприятную почву для опущения кишечника и увлекают за собой почки и другие органы. Об этой связи между опущением кишечника и дислокацией почки указывает Landau в описанных им секциях. Волков в своей монографии „о патогенезе подвижной почки" говорит: подвижность почки обусловливается аномалией конфигурации около позвоночных вместилищ (они более мелки и открыты книзу) и проявляется при нарушении общих условий внутрибрюшного равновесия. Подвижная почка есть результат известной анатомо-физиологической недостаточности организма—это патологический конституциональный тип. Проф. Плетнев придает большое значение травме, как этиологическому моменту при нефроптозах, особенно участившейся в связи с развитием индустрии. Несмотря на травму целость тканей здесь

нередко сохраняется, и это заставляет некоторых относиться недоверчиво к жалобам больных, а между тем эти люди живут и периодически страдают; он советует это обстоятельство учитывать также в страховом отношении у рабочих. Далее из анамнеза больных мы часто узнаем о предшествовавшем длительном голодании. Оно то, способствуя понижению мышечного тонуса брюшного пресса вместе с понижением внутрибрюшного давления и уменьшением содержания жира capsula adiposa, наряду с ослаблением peritonei, служит причиной опущения органов. Ewald и Weber из наблюдений над детьми отмечают опущение лишь как крайне редкое явление у болезненных и анемичных при неблагоприятной наследственности, у женщин наичаще после полового созревания, а посему считает, что о врожденных опущениях едва ли может быть речь. Вообще же Образцов указывает на целый ряд моментов, предрасполагающих к подвижности и опущению органов брюшной полости: острые инфекц. болезни, дающие резкое исхудание, повторные травмы, особенно при кашлевых толчках у лиц, страдающих бронхитами и т. п. заболеваниями, тяжелый физический труд, частые беременности. В последних работах Оппеля, наблюдениях Черноруцкого и др. отмечаются и ясно обрисовываются два патогенетически различных типа энтероптоза: один—называемый конституциональным и представляющий собой так наз. status asthenicus Stiller'а с его характерными особенностями—считается врожденный и другой—особенно участившийся за последние годы в связи с изменением условий питания и обременением непосильным физич. трудом, называемый „вторичный энтеропроз"—благоприобретенный. Matlhes—в своей работе „о сущности аномалий конституции" говорит, что такие причины, как стягивание пояса, беременность, тяжелые болезни—все еще не могут об'яснить этиологию энтероптоза. Энтероптоз—это конституциональная наследственная аномалия всего организма, состоящая в угнетении и недостатке витальной энергии всех тканей. Изменения положения органов брюшной полости вызываются недостаточностью первично паралитической или, как он ее иначе называет, гипопластической грудной клетки и расслаблением брюшного пресса. Общее строение организма, даже выражение лица, дают возможность легко определить присутствие этой аномалии. Позвоночный столб у них изогнут вперед, а иногда еще немного и в бок; обычно у этих же лиц встречается опущение внутренностей—энтероптоз и имеется свободное не фиксированное X-е ребро—costa decima fluctuans. Такие лица не устойчивы в физическом смысле в жизненной борьбе за существование, легко подвержены всяким инфекциям, в частности туберкулезу, и представляют собою биологическую особенность, известную под названием stadium praetuberculesum. У них наблюдается часто опущение нижних легочных границ, без изменения границ верхушек, вследствие отсутствия влияния внутрибрюшного давления. При энтероптозе, как конституциональном, так и вторичном, происходит нередко опущение диафрагмы. Общая физиономия астеника в полном ее развитии по Stiller'у представляется следующей. Моложавый вид лица, тонкий и нежный скелет с преобладанием мозгового черепа над лицевым; кожа тонкая и бледная с богатым волосяным покровом на голове и бедным на теле, скуловые дуги и нос резко об'емисты, что придает лицу мало энергичное выражение. Сердечная тупость мала, пульс малый, обычно учащенный, легко возбудимый, живот плоский или выпячен в нижней части. Кожно-брюшные рефлексы повышены, желудок опущен и дает шум плеска; поясничный лордоз плохо выражен, тазовый пояс узок. У мужчин мошонка вялая, яички висят, иногда паховые грыжи; у женщин вялость тазового дна и смещение матки. Руки и ноги холодны, часто потны, своды стоп уплощены. T° нормальна или субнормальна. Есть указания, будто эти лица долго-

вечнее лиц иного типа. Психическая конституция их в противоположность соматической не обнаруживает никаких следов дегенерации, отмечается лишь значительная сила воображения, впечатлительность— вследствие чего половое чувство у них очень живо. Клиническое значение этой аномалии важно постольку, поскольку происходят изменения в нервной системе в связи с общими изменениями организма. Matthes говорит, что чем резче все врожденные изменения, тем раньше начинается заболевание. При недоразвитии-инфантилизме эти особенности наиболее характерны. Хлороз таких девиц представляет собой энтероптозный криз, в проявлении которого нужна только случайная причина. Симптомокомплекс retroflexio uteri идентичен подвижной почке и энтероптозу. Подобные воззрения высказывает и Stiller в своей работе „об астеническом конституциональном заболевании", и обращает внимание при этом на подвижность X-го ребра, как на постоянный и патогномонический признак. Наблюдая атонический habitus с его реберным признаком при нервной диспепсии и депрессивной форме неврастении, Stuller обединяет все эти явления в одну болезненную форму под именем Morbus asthenicus, считая, что энтероптоз есть одна из составных частей этого общего заболевания, не всегда идущая параллельно с клинической картиной болезни. В подтверждение сего он приводит случаи упадка питания и диспепсии, где при наличии habitus'a нельзя однако доказать птоза и, наоборот, значительный энтероптоз в пожилом возрасте, почти не дающий никаких нервнодиспептических расстройств. „Не смещение органов"—говорит он,—а „неврастеническая гиперестезия является источником страданий при энтероптозе, но все же я ни в коем случае не считаю смещение органов, особенно желудка, за нечто безразличное". Проф. Плетнев, подчеркивая значение морфологии конституции организма в смысле его функциональной выносливости, говорит, что хотя морфологическая архитектура астенического организма и предопределяет, до известной степени, пониженную функциональную работу организма,—все же для возникновения индивидуальной биологической недостаточности нужна причина, каковой может служить также нарушенная функция гормонотворных аппаратов в связи с их сложным влиянием на автономную и симпатическую системы. В патологии, говорит он, нельзя ограничиться только анатомическим sedes morbi; а следует обусловиться и функциональным изменением регуляторных приспособлений организма, границы коих однако предопределяются конституцией организма. Значение конституции в развитии enteroptos'a признано Conheim'om, Haussmann'om и Rovsin'gom, который еще подчеркивает распространение другой формы enteroptos'a—механического происхождения (типа Landau), развивающуюся и не у астеников и все же сопровождающуюся болезненными явлениями, вследствие травматизации нервов и сосудов при натяжении и перегибок связок. Из сказанного явствует, что учение об энтероптозе тесно звязано с учением о конституции вообще, сущность которой по мнению Allers'a состоит в известном состоянии равновесия отдельных органов, что зависит от деятельности ферментативного аппарата организма, а конституциональное расстройство есть сдвиг этого равновесия. К причинным моментам наследственно конституциональных заболеваний Martius причисляет рядом с lues'om, алкоголь, морфий и соли тяжелых металлов, ведущих к вырождению организма. Tandler даже называет конституцию соматическим фатумом индивидуума.

Какие же меры воздействия возможны для облегчения описываемого мною страдания? По этому вопросу между хирургами и терапевтами существует спор. Проф. Оппель настаивает на возможно раннем оперативном вмешательстве, ибо позднее, говорит он, наступает атония, ослабление тургора тканей, атрофия органов, и тогда уже нельзя расчитывать на восстановление функции оперированного органа.

Терапевты ставят на первом плане укрепляющее консервативное лечение с применением всех методов физиотерапии—правильное положение тела, покой, бандаж и надлежащее питание. Конституциональная точка зрения побуждает при этом начать борьбу с этой физической немощью введением планомерной профилактики, начиная с детского возраста, путем устранения всех вредно действующих в этом направлении внешних причин, мешающих всестороннему укреплению и правильному развитию организма.

Литература:

Боткин. Клинические лекции.

Образцов. К этиологии подвижных почек.

Стражеско. Основы физической диагностики заболеваний брюшной полости.

Волков и Делицын. Патогенез подвижной почки.

Розанов. Coecum mobile.

Федоров. О смещенной почке.

Шведков. О влиянии расслабления тазового дна на опущение внутренностей.

Кернш. К учению об опущении печени.

Ипатов. Влияние птоза желудка на происхождение пептических язв. Врач. д. № 16—20 1922 г.

Куршаков. Язва привратника в связи с опущением печени. Вр. д. № 16—20 1922 г.

Лихачева. Конституционально-опущенная почка и диурез.

Дубнова. К вопросу о травматических повреждениях почек без нарушения наружных покровов. Доклады на 7-м с'езде Рос. терап. 1924 г.

Haussmann. Die methodische Jntestinalpalpation.

Glènard. Les ptoses viscérales.

Rovsing. Die gastro-coloptosis.

Schmidt. Klinik der Darmkrankheiten.

His. Geschichtliches über Diatesen in der inneren Medicin.

Martius. Konstitution und Vererbung. Berlin 1914 г.

Matthes. M. Med. Woch. № 19, 1922.

Bauer. Vererbung und Konstitution. D. Med. W. № 20, 1922.

Современное состояние вопроса о хирургии симпатической нервной системы.

Ассистент клиники И. М. ПЕРЕЛЬМАН.

Из факультетской хирургической клиники Б. Г. У. (Заведующий клиникой проф. С. М. Рубашев).

Прочно утвердившееся в последние годы широкое биологическое направление в медицине выдвинуло в ней ряд вопросов,—как внутренняя секреция, вегетатитивная нервная система, конституция организма, под флагом которых происходит развитие современного медицинского мышления. При изучении этих вопросов приходят в близкое соприкосновение основные специальности медицинской науки—терапия, хирургия и невропатология.

Клиническая хирургия подчас выступает застрельщиком в разрешении многих вопросов, т. к. операции, являясь аутопсией in vivo, способствуют их разрешению, наряду с производящимися физиологическими, экспериментальными и др. исследованиями.

В вопросе изучения вегетативной нервной системы—в частности ее симпатического отдела—хирургия уже накопила некоторый опыт и внесла ясность в представление о функциях этой системы. Краткое изложение современного состояния вопроса о хирургии этой системы и составляет цель настоящего обзора.

Вегетативная нервная система, состоящая, по выражению Müller'a, из „нервов жизни", обслуживает и регулирует все жизненные процессы и является посредницей между внешним миром и индивидуумом, между ним и его отдельными органами. Симпатическая система имеет свои высшие центры, заложенные на дне 3-го желудочка в центральном сером веществе. В сером веществе спинного мозга заложены все сигнальные центры симпатического нерва. От клеток этих центров тянутся через передние корешки спинного мозга и через n. n. spinales к пограничному столбу симпатического нерва толстые, мякотные, белые rami communicantes albi, которые или тотчас оканчиваются в ганглиях пограничного столба, или, как rami internodales, идут вверх и вниз к соседним ганглиям. От последних отходят всегда безмякотные, т. наз. постганглионарные волокна к внутренним органам или, через rami communicantes grisei, вместе с белыми, или отдельно от них к спинальным нервам, а местами к ganglia spinalia. В спинальных нервах, симпатические волокна идут к периферии, в особенности, как показали новейшие исследования, в сосуды конечностей. Оба пограничных столба симпатического нерва, расположенные по обоим сторонам позвоночника, в которые, как указано, вливаются rami communicantes от спинномозговых нервов, составляют основу симпатической нервной системы, имеют сегментарное строение, т. е. состоят из узлов, соединенных перемычками из нервных волокон, и, являясь трансформатором возбуждений, идущих от головного и спинного мозга к периферии и обратно, дают от себя целый ряд ветвей и сплетений ко всем внутренним орга-

нам и сосудистым стволам. Так как шейная часть симпатического нерва является часто об'ектом хирургического вмешательства при операциях на симп. нервн. системе, то мы позволим себе в нескольких словах коснуться анатомии этой части пограничного столба. Число образующих шейную часть симп. нерва узлов бывает весьма различным—от 2 до 5. Наичаще встречается 3 узла: ganglion cervicale superius, medium et inferius. Верхний шейный узел лежит на передней поверхности поперечных отростков верхних трех шейных позвонков, покрытых глубокими шейными мускулами; средний узел, весьма малого калибра, лежит позади art thyroidea inf., в том месте, где артерия образует колено, чтобы направиться горизонтально к щитовидной железе; нижний узел лежит позади art. subclavia, где от последней отходит art. vertebralis или на уровне промежутка между поперечным отростком 7-го шейного позвонка и 1-м ребром. Часто последний узел сливается с первым грудным и получает название ganglion stellatum. От всех названных узлов симп. нерва отходят, кроме ветвей и сплетений к крупным сосудам шеи, по одной сердечной ветви к сердцу, и здесь, вместе с ветвями блуждающего нерва, образуют поверхностное и глубокое сердечное сплетение, от которого отходят уже ветви к бронхам, легочной артерии, легким и венечным артериям.

Хотя физиология симпатической, как и всей вегетативной нервной системы, еще далеко не изучена, нам уже определенно известно, что в нервах, отходящих от шейных ганглиев симпат. нерва, проходят волокна, переходящие через rami communicantes albi в межпозвоночные чувствительные узлы, откуда чувствительное раздражение может уже передаваться выше к головному мозгу или по периферическим нервам в конечности. Кроме того, в отходящих от симпатических узлов симпат. нервах и сплетениях, окутывающих сосуды внутренних органов и конечностей, проходят вазомоторные, в частности, вазоконстрикторные, трофические и секреторные волокна; часть же вазоконскрикторов достигает сосуды через смешанные спинальные нервы. Хуже изучены пути и центры вазодилятаторов. Сосудо-расширяющий центр с точностью не доказан и существование его лишь с вероятностью принимается в продолговатом мозгу. Как проходят пути дилятаторов в спинном мозгу—неизвестно; экспериментально лишь доказано, что дилятаторы для конечностей выходят через задние корешки и проходят в цереброспинальных нервах.

Все методы хирургического вмешательства на симпат. нервной системе в настоящее время выражаются в том, что операцией стремятся достигнуть тем или иным способом перерыва проводимости импульсов, ощущений или повышенной возбудимости в определенном участке симпатических нервных путей.

Наибольшее распространение в настоящее время получила операция „периартериальной симпатэктомии“ Жабуле Лериша для устранения повышенного тонуса в определенной части симпат. нервной системе. Идея этой операции принадлежит французскому хирургу Жабуле, предложившему ее в 1899 г., и невропатологу Гишеру— проф. Варшавского университета,—предложившему в 1901 г. применить ее при самопроизвольной гангрене. Вопрос этот остался забытым до 1914 г., когда ученик Жабуле, проф. Лериш в Лионе, приступил к подробной разработке этого метода операции. Сущность ее заключается в обнажении и освобождении артериального ствола от покрывающей его адвентиции с заложенным в ней симпатическим сплетением, на расстоянии в 8—10 сант. Эта операция была произведена с успехом при различных заболеваниях на конечностях: трофических язвах, вазомоторных трофоневрозах, как симметрическая гангрена Raynand, при акропарестезиях, склеродермии, тяжелой каузалгии, claudicatio inter-

miftens, в начале т. наз. самопроизвольной гонгены, рефлекторной и анемической контрактуре, болезненных культях, незаживающих язвах и медленно и слабо срастающихся переломах. Эффект операции при указанных заболеваниях заключается в устранении ангиоспазма, в наступающем после операции резком расширении сосудов с активной гиперемией всех тканей, расположенных ниже места операции. Правда, такое раширение сосудов наступает не сразу после удаления адвентиции. Во время самой операции и в течение 4—6 и, иногда, более часов наблюдается резкий спазм сосуда на месте его обнажения. Артерия на этом участке суживается на указанный срок, в течение которого наблюдается побледнение и похолодание всей конечности, ослабление и даже исчезновение пульса на периферии, но эти явления, как указано выше, сменяются через 6—8 часов резкой гиперемией, потеплением конечности и усилением пульса ниже места обнажения сосуда по сравнению со здоровой конечностью.

Благоприятный эффект операции обнаруживается указанными явлениями в течение 3—4 недель по данным Лериша и до 2-х месяцев по указанию изучавшего этот вопрос Brünning'a. Спустя определенный срок состояние сосудистой стенки вновь возвращается к норме, благодаря широкой автономности нервного аппарата сосудистой системы. Если же до операции имелось дело с резко-выраженным ангиоспазмом, то после операции последний не возобновляется, и достигается правильное функционирование сосудистой стенки.

Brünning целым рядом исследований стремится доказать, что вазомоторно-трофические неврозы и язвы появляются не в результате выпадения трофической функции определенных нервов, но что они развиваются и появляются в результате существующего повышенно-болезненного разражения в симпатич. нервной системе. Значение тонуса симпатичной нервной системы для тканей иннервируемой ею области Brünning иллюстрирует следующей схемой:

Simpaticus—tonus:

+ + + Некроз

+ + Дегенерация

+ — Равновесие

— — Регенерация

— — — Гипертрофия.

Кроме теоретических и клинических соображений, имеющихся для обоснования такого взгляда, Brünning ссылается на найденные хронические воспалительные изменения в удаленных во время операции симпатических узлах, выражающиеся мелкоклеточной их инфильтрацией и разрастанием в них соединительной ткани.

Развивающиеся в результате повреждения периферических спинно-мозговых нервов конечности трофические язвы следует об'яснить повышенным раздражением в симпатической нервной системе, исходящим из центральной невромы перерезанного нерва и распространяющимся через спинной мозг на трофические симпатические пути, идущие к месту развития трофической язвы. Такого же мнения держится и проф. Шамов в вопросе возникновения трофических язв при повреждении крупных нервных стволов конечностей. Такого же эффекта, как при периартериальной симпатэктомии, можно достигнуть по предложению Brünning'a удалением-резекцией более центрально - расположенного ganglion stelatum для верхней конечности, т. к. узел этот является

центральным пунктом, откуда направляются симпатические пути не только для сосудов верхней конечности, но и к ее нервному плечевому сплетению. Эффект при этой операции действительно, по наблюдениям Brünning'a, превосходит результат простой симпатэктомии на сосуде. Этот метод операции, как более тяжелый и опасный для больного, считается показанным лишь при тяжелых формах назомоторно-трофических неврозов (болезнь Raynaud, Sclerodermia). Вреда же от удаления ganglion stellatum опасаться не приходится, как показывают имеющиеся наблюдения, и к тому же при операции удаляется хронически воспаленный и измененный узел. Получающийся при удалении ganglion stellatum на шее эффект на верхней конечности, идентичный эффекту при простой симпатэктомии на артерии axillaris или brachialis, опровергает мнение американца Лемана, пожелавшего об'яснить все явления после симпатэктомии лишь результатом операционной травмы, а не выключением повышенного тонуса периартериального симпатического сплетения.

Достигаемое операцией симпатектомии улучшение артериального кровоснабжения конечности дало повод применить ее при различных кожных заболеваниях; так, кроме язвенных процессов конечности различной этиологии и характера, операция эта предложена при туберкулезе костей и суставов конечностей и применена с успехом при медленно и слабо сростающихся переломах, при отсутствии наклонности к образованию солидной костной мозоли (Kappis). Блестящие результаты после симпатэктомии—характера каузальной терапии-достигнуты при каузалгиях, когда жгучие боли, доводящие больных до сумашествия, заставляющие их все время держать руки в холодной воде или обмотанными влажными тряпками, проходят немедленно после операции. Такие же хорошие результаты этой операции получены при рефлекторных контрактурах в конечности после травматических ее повреждений. сопровождающихся обычно ясно выраженными вазомоторными и трофическими (отек, цианоз, гипотермия) расстройствами. В этих случаях ранение, благодаря расстройству нормальных сосудо-двигательных рефлексов, вызывает резкие нарушения в кровообращении и ставит мышцы в ненормальные физиологические условия и влечет за собой контрактуру определенных мышц.

Большое распространение получила операция симпатэктомии, особенно у нас в России, при самопроизвольной гангрене и перемежающейся хромоте. Проф. В. М. Шамов начал широкую разработку этого способа в 1919 г. и обладает опубликованным материалом в несколько десятков случаев при этом заболевании. Эта операция с успехом была применена при различных формах самопроизвольной гангрены: при протекающей с синдромом перемежающейся хромоты на почве артериосклероза, при чисто старческой форме гангрены, при гангренах, вызванных инфекционным артериитом и, наконец, при гангренах, развивающихся в молодом возрасте. Во всех случаях достигалось улучшение кровоснабжения в конечности характера артериальной гиперэмии, выражавшейся покраснением и потеплением конечности, повышением систолического давления крови, по данным Лериша и Шамова, исчезновением отека периферической части конечности, если таковой наблюдался до операции, уменьшением или даже исчезновением болей и улучшением процесса демаркации в случаях, где до операции имелось уже гангрена пальцев стопы.

Что касается исхода операции при этом заболевании, то, кроме отдельных случаев полной ее безуспешности, в различных случаях наблюдается разная степень успеха ее, от простого улучшения болезненных симптомов до полного почти выздоровления. В общем следует отметить, что показания к этой операции еще окончательно не выработ-

таны, т. к. все наблюдавшиеся случаи еще недостаточно прослежены и о длительных результатах операции говорить еще преждевременно. Здесь же следует указать, что операция без совсем ясных и определенных теоретическох оснований была произведена на сонной артерии при невралгиях тройничного нерва; на щитовидных сосудах при Базедовой болезни, исходя из тех соображений, что в симпатическом нерве заложены трофические и секреторные волокна для щитовидной железы, и что повышение раздражения n. sympatici ведет к гипертрофии и гиперфункции железы. Несмотря на приведенные в литературе два случая повреждения артерии с последовавшим тромбозом ее, в последнее время появился ряд экспериментальных работ, доказывающих, что операция симпатэктомии не ведет к вредным анатомическим изменениям сосудистой стенки в смысле ее жизнеспособности и питания, а это обстоятельство, вместе с подтвержденной клиническими наблюдениями безопасностью операции при правильном техническом ее производстве, оправдывает применение ее в случаях, где исчерпан арсенал всех терапевтических мероприятий. Вместо периартериальной симпатэктомии для получения того же эффекта были предложены и другие способы; замораживание симпатических путей в спинно-мозговых нервах (Laewen), смазывание алгоголем адвентиции по Разумовскому, но эти способы не столь надежны по сравнению со способом Лериша.

Тут же следует подчеркнуть, что несмотря на накопленый в течение последнего десятилетия довольно значительный опыт в вопросе о симпатэктомии, многое в этом теоретически и клинически важном вопросе осталось неясного и недоказанного. Так Kappis на 15 симпатэктомии только в 2-х случаях наблюдал феномен, описанный Lerich'ем i Brünning'ом, выражающийся в резком сужении артерии на месте денудации, в большинстве же случаев им констатировалось не сужение сосуда, а его расширение. Точно также нельзя считать вполне выясненным механизм суженного состояния сосуда до операции, как и его расширения после нее, условия и характер изменения кровяного давления, изменяющегося не всегда в одном направлении после симпатэктомии. Но результаты после операции являются все же столь ободряющими, что оправдывают применение ее в определенных случаях и позволяют выразить надежду, что показания и методы операции станут более точными и научно обоснованными.

Приобретенные навык и успех, полученные от операций на периферической части симпатической нервной системы, естественно, углубили интерес к хирургии центральной ее части, так наз. пограничного столба с отходящими от него симпатическими нервами. Операция удаления шейного симпатического нерва с его узлами уже давно была предложена и производилась при эпилепсии, глаукоме и Базедовой болезни. Операция эта при эпилепсии производилась в том предположении, что после нее улучшается кровоснабжение головы и сосудов мозга благодаря наступающему расширению сосудов. Малокровие мозга, предполагающееся причиной эпилептических припадков, таким образом, устраняется указанной операцией. Последняя была предложена английским хирургом Александером в 1883 г., но большого распространения она получила с конца прошлого столетия, благодаря работам Ионеско, предложившего при этом заболевании тотальную экстирпацию шейной части симпатического нерва с обоих сторон. Но в последние годы, рядом статистических данных, было доказано, что успех от операции получается в минимальном числе случаев и что она не оправдала возлагавшихся на нее надежд.

Та же операция производилась с успехом некоторыми авторами при невралгиях тройничного нерва, но была вытеснена более простой операцией—впрыскиванием анестезирующих веществ или спирта в нерв-

ные стволы или в Гассеров узел. Но операцию симпатэктомии следует считать все же показанной при невралгиях тройничного нерва, протекающих с явлениями трофических расстройств в области лица и головы Эта же операция была также предложена Lerich'ем и Brünning'ом при некоторых упорных формах мигрени, hemiatrophia faciei, при симптомокомплексе Паркинсона после летаргического энцефалита. Эта же операция была предложена еще 50 лет тому назад при Базедовой болезни и достигла особенного распространения, благодаря тому же Ионеско, во Франции и Румынии. В Германии же и др. странах операция эта не встретила сочувствия и была вытеснена операцией strumectomi'ей по предложению Кохера и Гарре. Но и в настоящее время нельзя считать точно выясненной связь между развитием зоба и его симптомов при Базедовой болезни и патологической физиологией шейного симпатического нерва; имеющиеся наблюдения часто противоречат друг другу и нуждаются в проверке и подтверждении, почему нельзя считать окончательно разрешенным вопрос о показанности этой операции при Базедовой болезни, точно также еще не выяснен вопрос о применении операции симпатэктомии при глаукоме и атрофии зрительного нерва. Недавно Leriche предложил перерезать симпатический нерв над верхним шейным узлом при lagophthalmus'е на почве паралича лицевого нерва: после операции наступает один из симптомов Горнеровского симптомокомплекса—опущение верхнего века, исправляющее имеющийся Lagophthalmus. В последнее же время операция удаления шейного симпатического нерва предложена и произведена с успехом при грудной жабе и бронхиальной астме; ganglion coeliacum и отходящие от него нервы сделались также об'ектом воздействия для достижения местной анестезии при операциях в брюшной полости. Идея о возможности удалением симпатического нерва достигнуть успокоения болей при грудной жабе принадлежит французскому физиологу François Franck'у, высказавшему ее в 1899 г.; первым применившим ее с блестящим результатом на больном в 1916 г. был румынский хирург Ионеско, предложивший для устранения невыносимых болей при грудной жабе удалять все три шейных вместе с 1-м грудным симпатических узла и тем прервать чувствительный путь, несущий болевые ощущения от сердца к мозгу.

Анатомическим базисом предложенной операции являются следующие соображения: сердце, кроме своих собственных заложенных в самой мышце нервных автономных центров, иннервируется блуждающим и симпатическим нервом; в последнем, кроме ускоряющих сердечную деятельность волокон, идут чувствительные пути от сердца через ганглии, rami communicantes к межпозвонным узлам, а оттуда к мозгу. Перерезка всех трех сердечных ветвей, идущих от трех шейных симпатических узлов, или удаление самих узлов, в которых, по новейшим гистологическим исследованиям, определяются признаки хронического воспаления и дегенерации симпатических нервных клеток, с обусловленным, благодаря этому, повышенным раздражением в периферической симпатической нервной системе, с ангиоспазмом и повышенным давлением, ведет к исчезновению всех болезненных и тягостных симптомов при стенокардии. Сделанные по поводу этой операции предостережения и опасения, главным образом, Даниелопуло, как высокая смертность, возможность резкого ослабления сердечной деятельности, возможность наступления отека легких, благодаря выключению вазоконстрикторов легочных сосудов, возможность рецидива при односторонней операции, не подтвердились клиническими наблюдениями.

Венская школа Weckenbach'а в лице Eppinger и Hofer'a, соглашаясь со взглядом терапевта Шмидта и его единомышленников, что боли при стенокардии зависят не от недостаточного кровоснабжения

сердца и спазма венечных сосудов, а от аортита и периаортита с раздражением разветвляющихся в дуге аорты депрессорного нерва-ветви n. vagi, предложила произвести перерезку nervi depressoris для устранения острых болей при грудной жабе, и в своих случаях (около 20) операции по этому методу достигла хороших результатов. То обстоятельство, что резекция двух антагонистов—шейного симпатического нерва и n. depressoris—ветви парасимпатического нерва vagi, дают идентичный результат при стенокардии, противоречит данным физиологии; но новейшим исследованиям анатомической Гамбургской школы Möllendorf'а и Spanner'а и клинициста Brunning'а доказано, что n. depressor, хотя и отходящий от nervi vagi, содержит в себе симпатические волокна, и что, вообще, как n. sympaticus, так и n. vagus содержит в себе как симпатические, так и парасимпатические с физиологической стороны волокна. Операция по Eppinger и Hofer'у является пока анатомически более трудной и рискованной для больного, чем операция по Ионеско, но, как та, так и другая, подлежат дальнейшей разработке и изучению.

Ровно год тому назад Kümmel'ем в Германии была предложена операция удаления шейной части симпатического нерва также и при бронхиальной астме. Операция эта и по сие время не имеет точных физиологических предпосылок, даже стоит в полном противоречии с общепринятыми и установленными данными физиологии и фармакологии, но операция, произведенная уже различными хирургами при этом заболевании более чем в сорока случаях, в значительном большинстве их, дала хороший результат.

Хотя этиология бронхиальной астмы в точности еще не известна, но общепринятым считается взгляд на нее, как на спазм мускулатуры бронхиол. Последние иннервируются vagus'ом и sympaticus'ом. Раздражение n. vagi вызывает сокращение мускулатуры и сужение бронхиол, раздражение n. sympatici вызывает расширение их. Этому вполне соответствуют данные экспериментальной фармакологии: пилокарпин, раздражая n. vagus, вызывает сокращение гладкой мускулатуры бронхиол и их сужение; атропин, парализуя его, вызывает расширение бронхиол; последний эффект вызывается и адреналином, раздражающим n. Sympaticus и вызывающим также расширение бронхиол. Поэтому оба последних средства и применяются для купирования припадка астмы. С точки зрения этих предпосылок удаление n. sympatici, расширяющего бронхиолы нерва, должно вызвать еще большее их сужение, усиление припадков; а между тем, опыт и результаты операции Kümmell'а вполне оправдывают ее применение: ни в одном случае не наступило ухудшения; улучшения же—в большинстве случаев. Тут же следует указать, что не во всех случаях бронхиальной астмы удается провоцировать приступ впрыскиванием пилокарпина и, наоборот,—также не всегда удается ин'екцией адреналина или атропина прекратить, купировать уже наступивший приступ. Единственным основанием предложенной операции Kümmell считает установленный школой анатома Möllendorf'а в Гамбурге факт, что vagus и sympoticus в бронхах смешиваются и переплетаются, а потому действуют, как смешанные нервы, а не как обособленные нервные единицы. Об'яснение это, как и предположение Brünning'а о том, что в симпатикусе проходят не расширяющие волокна для бронхов, а суживающие их, пока не выдерживают научной критики и противоречат существующим теоретическим положениям. Таким образом операция, дающая практически положительные результаты, пока не имеет под собой прочного теоретического фундамента, и задачей ближайших экспериментальных и клинических исследований и наблюдений является согласование и примирение теории и практики в данном вопросе.

Можно еще упомянуть, что рядом хирургов—особенно французских—предложены операции на грудной и брюшной части симпатического нерва: так, при одностороннем туберкулезе легких вытяжение 2—4 межреберных нервов растягивает и те rami communicantes, которые идут к легким, вызывает в них улучшение кровообращения и, будто бы, ведет к улучшению туберкулезного процесса; подобного рода операция на 5—9 межреберном нерве предложена при табетических кризах; при последних же производилась также операция удаления солнечного сплетения и n. splachnici; точно также производились операции удаления симпатических сплетений на желудочных артериях; последняя операция предложена Леришем при функциональных страданиях желудка—спазме, болях и гиперсекреции,—но не при анатомических его поражениях. Показания и результаты всех этих операций так неопределенны и неясны, что никаких выводов и практических результатов на них делать пока не следует. За то с успехом производится впрыскивание анестезирующих веществ в область солнечного сплетения и n. splanchnici сзади, сбоку от позвоночника при невскрытой полости живота по Koppis'y, или спереди по вскрытии его для достижения полного обезболевания при манипуляциях на органах брюшной полости—желудке, печени, поджелудочной железе, брыжжейке тонких кишек.

Таким образом хирургия симпатической нервной системы, родившаяся в конце прошлого столетия и имевшая ареной своей деятельности лишь шейную часть симпатического нерва, от начала XX-го века до конца мировой войны оставалась, если не забытой и заброшенной, то лишенной широкой популярности и интереса, и лишь последние годы, с легкой руки Лериша Brünning'a и др., расширила поле своего применения и все свои топографические отделы, предоставила широкий простор фантазии, мысли, критике теоретика и практика медицины.

Совместная работа терапевта, хирурга, невропатолога и патолога-анатома на этом поприще более чем где-либо обещает раздвинуть горизонт нашей научной мысли, помочь нам в понимании труднейшей проблемы жизненного процесса—функции нервной системы—и дать возможность в некоторых случаях помочь больному там, где до сих пор мы были бессильны.

Опыт нашей клиники за последний год обнимает 8 симпатэктомий произведенных на 7 больных. Не вдаваясь в подробности, касающиеся этих случаев, отметим лишь, что 6 раз они были произведены при различных формах самопроизвольной гангрены, в 1-м случае—трофической язвы стопы, 1 раз—при тяжелой каузамии. В 5 случаях самопроизвольной гангрены получился успех операции в различной степени. В 1-м случае—Ж. 50 лет—операция успеха не дала и через несколько дней пришлось прибегнуть к ампутации бедра. В случае с трофической язвой стопы, развившейся на почве повреждения седалищного нерва, освобождение центрального конца перебитого нерва и удаление его невромы, из которой исходило рефлекторное раздражение симпатического нерва через спинной мозг, как бы магически подействовало на заживление язвы на стопе, не поддававшейся в течение нескольких лет никакому лекарственному и терапевтическому воздействию; такой же хороший эффект получился и в случае тяжелой каузалгии, когда одно освобождение частично перебитого нерва из плотных рубцов сразу устранило постоянное повышенное раздражение всей симпатической нервной системы, исходившее из указанного участка седалищного нерва.

В заключение позволю себе выразить благодарность директору клиники—профессору С. М. Рубашеву за предложение составить настоящий обзор и за помощь в его составлении.

Современное состояние учения о бронхиальной астме.

Д-р А. Л. ПОЛЯК.

(Обзор)

Вопрос о сущности бронхиальной астмы и о причинах ее вызывающих занимает в настоящее время представителей почти всех отраслей медицины. Терапевты, невропаталоги, психиаторы, ляринго-логи, а, в самое последнее время, и хирурги (операции на ganglion stellatum) подходят к этому вопросу с точки зрения своих дисциплин. Занимаются им и химико-физиологи и гематологи. И тем не менее вопрос об этиологии астмы не может считаться вполне разрешенным.

В медицинской литературе имеются описания астматических припадков, составленные по собственным переживаниям двумя врачами—астматиками, Trousseau и Moritz'ом. Trousseau во время астматических припадков отмечал у себя сначала давление в груди и затруднение дыхания и лишь после этого наступали гиперемия слизистых дыхательных путей и секреторные расстройства (Biermer). Напротив, у Moritz'а сначала происходили гиперемия и набухание слизистых и лишь после этого появлялась экспираторная одышка.

Не подлежит сомнению, что астма может проявляться и по типу Trousseau и по типу Morizt'а, и ляринологи (Schötter, Nowatny, Ephraim) отмечают, что в одних случаях слизистая во все время приступа остается бледной, а в других на первый план выступают гиперемия и набухание слизистых. Те или иные причины, запахи или только представление о запахе (искусственная роза), вырезывание полипа из носу, рефлекс с половой сферы—могут вызвать астматичестие припадки со стойкими изменениями, эозинофилией и типичной бронхитической мокротой.

Заслуживает внимания связь бронх. астмы с двумя патологическими семьями артритической и невропатической (Charcot) и с эксудативным диатезом (Czerni); как и эти болезни, бронх. астма должна считаться конституциональным и наследственным заболеванием. Весьма наглядна аналогия с невропатами, одержимыми крапивницей. Пятнам, волдырям и зуду у асматиков соответствует опухлость слизистых бронхов, а—в частности зуду,—мучительное щекотание и потребность кашля (Чистович). Характерна и сосудо-двигательная реакция астматиков—дермографизм, столь близкий к крапивнице („искусственная крапивница" по выражению Lenhartz'а). Ненормальную повышенную раздражительность бронхиальных мышц, сосудо-двигателей слизистых оболочек бронхов рассматривают впервые (Eppinger), как невроз блуждающего нерва, повышение его тонуса, ваготонию. Не подлежит, однако, сомнению, что мы имеем дело не только с vagus'ом, но и с общей возбудимостью и часто с психической неуравновешенностью. Но сначала несколько слов о vagus'е.

Вопрос о ваготонической сущности астмы вызывает ряд весьма существенных возражений. Правда, атропин, угнетающий n. vagus, дает в большом количестве случаев хороший эффект при лечении им астмы, но ведь в некоторых случаях он абсолютно не действует. В чем же причина неудач? Некоторые исследователи (Kayser) видят ее в том, что астма не всегда зависит от повышения тонуса блуждающего нерва, а часто от угнетения его антогониста sympaticus'a. В этих случаях лучше действует обескровливающий слизистые адреналин, так как здесь важно не понизить функцию vagus'a, а поднять функцию sympaticus'a. Galop в „Presse Medical" говорит о нарушении ваго-симпатического равновесия, вызванного тем или иным из антогонистов, зависящем от расстройства эндокринных желез, инфекций и интоксикаций.

Вопрос о роли вегетативной системы при бронх. астме стал рассматриваться в иной плоскости в связи с изменением взглядов на функции блуждающего и симпатического нервов. Физиологи опытами на животных доказали, что симпатический нерв у разных животных действует разно на один и тот же орган, в одном случае подавляет его, в другом—возбуждает. Стали искать причины этого явления и нашли (Kümmel), что чистого n. vagus'a и sympaticus'a не существует и что и тот и другой являются смешанными нервами (каждый vagus до некоторой степени sympaticus и наоборот). Исходя из этого положения, Brünning применил при астме оперативное иссечение шейного sympaticus'a (ganglion stellatum) с положительным эффектом, который он и Kümmel об'ясняют рассечением в симпатическом нерве его симпатических и vagus'овых волокон. Благотворный эффект от лечения астмы кальцием также находит себе об'яснение в том, что последний действует успокаивающе на оба нерва и, таким образом, тормозит эксудацию и ограничивает секрецию (Kayser, Schliak).

Если мы захотим сделать обзор всех теорий бронх. астмы, то натолкнемся на самые разнообразные подходы к этой болезни. С точки зрения старых авторов бронх. астма—catharrus acutissimus или bronchiolitis acutissimus; по Schmidt'y, к катарру, как к первопричине, вторично присоединяются нервные явления („нервный катарр"); по Srümpel'ю, астматический диатез сходен с эксудативным; по Stäubli мы имеем дело с эозинофильным диатезом, по другим авторам,—с симптомокомплексом анафилаксии, с ваготонией.

Большинство считает астму неврозом, вызывающим спазм. Так Wintrich полагает, что дело в спазме мышц диафрагмы; Williams, Biermer и Curschmann, в спазме бронх. мышц (рефлекторный невроз), Weber и Stäch говорят о секреторном неврозе слизистых бронхов, Eichhorst—о бульбарном неврозе, действие которого распространяется иногда на вазомоторный, иногда на респираторный центры. Он же указывает на то, что известные—чисто психические представления (страх), могут вызвать астматический припадок. Компромиссную точку зрения, по нашему, наиболее вероятную, занимает Moraritz. По его мнению, при астме центр дыхания, находящийся в ненормальном состоянии возбудимости, получает центростремительные раздражения, которые исходят чаще всего от слизистых, но могут возникать и чисто психическим путем. Некоторые (Lewandowsky) считают астму неврозом sui generis и говорят об особенном нервном habitus'e астматиков.

Особенно интересна астма в трактовке невропатологов и психиатров. Так Costa, считая астму психозом, применял для лечения гипноз, который будто не только останавливал приступ, но давал длительное улучшение. Некоторые психиаторы Freud'овской школы видят причину астмы в конфликте между „я" и „libido", связывают ее с психо-сексуальной сферой и применяют психо-аналитический метод Freud'a. Секрецию слизистых они также ставят в зависимость от психических пред-

ставлений (в связи со взглядами Павлова на условные рефлексы). К той же системе болезней пытаются свести urticaria, экзему, предшествующую астме, мигрень, colica mucosa. Все они вызываются психич. представлениями.

Некоторые проводят аналогию с заиканием (Freud, Schenkel), указывая, что боязнь плохо говорить, может вызвать заикание, а боязнь остаться без воздуха у людей нервных может вызвать приступы астмы. Ряд авторов (Stegmann, Brügelmann, Marzinowsky, Moas) описывают исцеление гипнозом в начальных стадиях (развивающаяся эмфизема, конечно, остается). Подходя к астме со стороны психо-анализа, психиатры пытаются найти тот психический момент, на котором базировался первый приступ болезни. Найдя его, применяют рациональную психотерапию, стремясь вывести вредоносный фактор из под сознания (Moas). Этот вредоносный фактор в освещении фрейдистов носит определенный психо-сексуальный характер. Не фрейдисты считают, что для возникновения астмы где-то в дыхательных путях должно быть предположено анатомическое нарушение. Это анатомическое нарушение вызывает приступы астмы при определенной „готовности к спазмам“, свойственной суб'ектам с определенной психикой. Эта „готовность“ к спазматическому отреагированию, зависящая от соответствующей перво-причины, при наличии психопатической конституции, может быть уничтожена только психогенным путем (психоанализ, гипноз), если будет найдена причина, впервые сделавшая организм подготовленным к спазматическому отреагированию. Marx приводит 2 таких случая. В одном, у девочки 12 лет появился первый астматический припадок, когда она, *будучи больна бронхитом*, испугалась напавшей на нее больной собаки. Во втором случае, речь идет о мальчике, который, *будучи болен бронхитом*, раскусил зубами термометр, которым ему измеряли t° во рту. Страх отравиться ртутью при предрасположении к судорогам, направленный на locus miroris registentia—органы дыхания—вызвал астматический приступ. Оба случая излечены гипнозом. Чтобы закончить с психиатрической трактовкой астмы, позволю себе указать только еще на след. мнения: Saenger—„причина астмы болезненное направление внимания на функцию дыхат. аппарат“; Freud—„астма—сексуальный нервоз, вызванный нарушением libido. Ее причина—страх не за одну какую-нибудь функцию, а страх, направленный на весь организм; Lewandowsky—„изменения в дыхании, тонусе сосудов, секреции, наблюдаемые при астме не суть психические функции, но стоят в зависимости от психики. Они часто зависят от смеси сознательного и бессознательного в нашем „я“.

Перейдем теперь ко взглядам Strümpel'я, совершенно противоположным предшествующей психической трактовке. С этой точки зрения астма не вызывается судорогой круговой мускулатуры, как полагал Trousseau, т. к. для этого нет прямых доказательств и ею не об'ясняются характер и свойства мокроты. Речь может итти только о секреторных расстройствах в зависимости от нервных влияний. „Более всего заслуживают внимания, согласно мнения Strümpel'я, указания относительно связи приступов бронх. астмы с заболеванием зева (гипертрофия небных миндалин), между тем как к заявлениям о связи астматических приступов с заболеваниями уха, желудка, кишечника, женск. половых органов надо отнестись очень скептически. Здесь с этой точки зрения,—не настоящая астма, а приступы одышки другого происхождения (истерия, серд. слабость и т. п.)“. Непонятно, однако, почему, если так, и в этих случаях бывает эозинофилия, а в мокроте встречаются спирали Curschmann'a и кристаллы Charcot-Leyden'a: чем об'ясняется эозинофилия при бронхиальной астме? Для об'яснения этого, еще далеко не выясненного явления, предложены след. толкования: 1) эозинофилия—явление

вторичное, вызванное кислородным голоданием; 2) явление, сопровождающее ваготонию и в 3) связанное с анафилаксией. При бронх. астме явления эозинофилии, стойкой в крови и менее стойкой в мокроте (во время приступа, сопровождаются, как известно, и лимфоцитозом. Аналогичные изменения протекают при кислородном голодании независимо от того, зависит ли оно от причин эндогенных или энзогенных, (то есть эозинофилия с лимфоцитозом). Так, известно, что у жителей горных местностей, а равным образом у летчиков в крови наблюдаются те же изменеия, что и у астматиков: увеличение числа эритроцитов, увеличение числа эозинофилов, лимфоцитов и уменьшение числа нейтрофилов. То же наблюдается у туберкулезных больных, которым часто накладываются искусств. пнеймоторакс, и рассматривается (Seyderheln), как реакция на кислородное голодание и способ приспособить форм. элементы крови к усвоению большего количества кислорода. Согласно опытам, произведенным в этом направлении, в нашем организме наиболее чувствительной к кислородн. голоданию является щитовидная железа, усиленная секреция которой вызывает указанные изменения (Guntstein). С этой точки зрения эозинофилия и лимфоцитоз, наблюдаемые при астме, являются целесообразной реакцией организма на кислородное голодание. Этим же об'ясняется то, что горный климат, хорошо действуя на астматические припадки, не изменяет состава крови при пребывании в горах. Слабым местом теории является отсутствие эозинофилии при morbus Basedowi.

С другой точки зрения изменения крови у астматиков об'ясняются принадлежностью их к ваготонической конституции (как и подагриков). Выше нами уже были указаны поправки внесенные в учение о ваготонии в последнее время. Астматики, как и все иные группы ваготоников, с этой точки зрения, особенно чувствительны к белкам (вернее к некоторым видам белков), которые вызывают у них астматические припадки. Сенная астма, вызываемая вдыханием растительных белков; так называемая, лошадиная астма—результат раздражения дыхат. путей ороговевшими чешуйками лошадинной кожи; особая чувствительность к белкам яичным, ракам, свинине—роднят это заболевание с явлениями анафилаксии тем более, что увеличение количества эозинофилов является одним из признаков наступивших явлений анафилаксии (Schittenhelm, Schlecht, Schwenker).

В 1914 году Widal опубликовал свою теорию „гемоклассического криза", в которой он описывает явления анафилактического шока, наступающего при нарушении функции печени после приема натощак внутрь 200,0 молока. Он полагает, что больная печень повидимому теряет способность фиксировать пептоноподобные белковые тела, поглощенные воротной веной. Эти последние попадают в ток крови и тем вызывают анафилактический шок, который выражается главным образом в падении числа лейкоцитов, падении кровян. давления и изменении лейкоцитарной формулы в сторону увеличения количества лимфоцитов и эозинофилов. Немецкие исследователи (Glaesser, Buschmann и др.) полагают, что все эти явления вызываются состояниями, сопровождающимися повышением тонуса vagus'a. При них происходит идиосинкразия к ряду предметов питания (раки, омары, земляника), в результате чего отмечаются рвоты, поносы, боли в области живота *и припадки бронх. астмы.* (Крамер). Неврозы с ваготонией, этиологию которых приходится искать в анафилаксиях, как например, неврозы с наличием urticaria, являются лучшим примером ваготонической лейкочений.—Чувствительность астматиков к белкам иллюстрируется между нрочим тем, что многие из них дают реакцию Pirquet., (Schloss, Menzel, Walker). В пользу теории анафилаксии говорит и то, что астматические припадки вызываются вдыханием привычных белков (так пекарь-

астматик не переносит запаха пшеницы, скорняк—белков шерсти, конюх—лошадиного белка). Напротив, белки иного сорта действуют на астматиков благотворно, и английские аристократы, страдавшие в своих замках астматическими приступами, отдыхали в конюшнях, где не испытывали обычного удушья. Отсюда ясно желание вызвать реакцию астматика на чужеродный белок. Первый Schottmüller отмечает полное исчезновение астмы у больной, перенесшей эпидемическую инфлуэнцу. Полагая, что дело не в самой инфлуэнции, а в реакции на чужеродный белок, автор стал впрыскивать астматикам вакцины и получал благоприятные, но не стойкие результаты. Выводы автором были сделаны следующие: 1) впрыскиванием чужеродного белка можно вызвать временное улучшение, прекратив припадки астмы на несколько месяцев; 2) дело, повидимому, сводится к неспецифической протеинотерапии. Все изложенные выше соображения привели к тому, что патогенетическую основу бр. астмы стали видеть во врожденной или приобретенной чувствительности к протеинам, причем эти последние могут быть и бактерийного характера. Голландские исследователи (Storm, van Leewen, Vahrencamp) дали новое направление в лечении бронх. астмы. Они пытались подавить повышенную чувствительность к данному белку, вводя минимальные дозы этого же белка парантерально. Так, исходя из того, что астматики часто дают реакцию Pirquet они вводили им туберкулин, стремясь вызвать „десенсибилизацию". Опыты такого рода производились и русскими учеными (Арьев). В Голландии, где астма встречается весьма часто, как в низменной стране, она подверглась тщательному изучению. По мнению van Leewen'a она вызывается здесь вдыханием особых веществ,—„аллергинов", аналогичных „миазмам" старых авторов. Аллергины содержатся в клещах, живущих на злаках и в злаках растущих на плесневом грибке (aspergillus fumigatus). Токсинодобная субстанция—аллергины—вдыхаются с воздухом и вызывают приступы удушья. Астматики, чувствительные к миазмам-аллергинам, выздоравливают в горном воздухе, не содержащем миазмов. Таких астматиков, страдающих климатической астмой, врачи помещали в квартиры, куда воздух проводился через фильтр, осаждавший миазмы. В этих помещениях у больных приступов не наблюдалось; они возобновлялись через 24 часа после открытия форточки. В отличие от описанной неспецифической астмы встречается астма специфическая, вызываемая одним определенным белком, но в 80% речь идет о повышенной чувствительности к „миазмам" вообще. Таких лиц, страдающих „астмой долины" переселяют на ту высоту над уровнем моря, где приступы прекращаются, запрещая им подниматься выше. На этой высоте миазмы еще встречаются, но уже не вызывают приступов; больной вдыхает их, развивая в себе антитела. Десенсибилизируясь, таким образом, больной может вовсе избавиться от приступов. Если же он будет жить высоко в горах, где миазмов вовсе нет, то неизбежно вновь подвергнется приступам астмы по возвращении в долину. В отличие от учеников Штернберга, van Leewen находил клинически tbc только в 1% астматиков, но успешно лечил их ин'екциями туберкулина (в сопровождении безбелковой диэты). Там где туберкулин не действует, применяются ин'екции молока, серы (1% раствор Sulfur praecip. в оливков. масле), пептонотерапия и аутовакцинация.*)

Что касается специфической, „неклиматической" астмы, то путем кожных проб, напоминающих Pirquet с разными белками, удается установить, какое именно вещество является вредоносным. Так, у одного

*) Дозировка точно описана в мартовском № „Terapie der Gegenwart" и у д-ра Арьева во „Врач. Деле".

аптекаря положительная реакция с ипекакуаной выяснила причину страдания. Другой способ—диэтический. Из пищи удаляют все белки, затем путем прибавления того или иного белка определяют, какой из них вызывает приступ. Есть однако такие, у которых приступ бывает от любых белков. Этих несчастных приходится держать на чае с сухарями, единственной пище, которую они переносят.

В иностранной литературе (Walker еще в 1918 г. Rackemann в 1920, Eskuchen), а в последние годы в русской. (Майбород) описаны также случае аутовакцинации с благоприятным, но временным эффектом.

Идя по пути van Leewen'a, Roth при бронх. астме, а также при urticaria предпринял ряд кожных проб у астматиков с белками молока, яиц, баранины, свинины, пшеничной муки, ржи, бобов и гороха. Прививая по очереди эти белки, он находил у большинства чрезмерную чувствительность к одному из видов белков. Исключая соотв. белок из пищи, Roth в одном случае астмы и 2-х случаях urticaria добился выздоровления.—У больной с латентным tbc, страдавшей после перенесенного гриппа хроническим бронхитом, ин'екция туберкулина вызвала астматический припадок (Pfalz). Такой же случай был доложен Штернбергом. Вопрос о взаимоотношениях между туберкулезом и астмой является в наше время вопросом, которому уделяют особенное внимание. По некоторым данным существует определенный антагонизм в течении бр. астмы и tbc, когда эти болезни совпадают. Некоторые даже полагают (Г. Ф. Ланц), что астма и туберкулез потому исключают друг друга, что астма свойственно лицам с habitus irritabilis и артритикам, а этот habitus не предрасполагает к астме. Если поставить вопрос этот во всей его широте, то мы натолкнемся на след. взгляды: 1. „Астма и туберкулез исключают друг друга" (Mandibur, Чельманский, goldscheider); 2. „Туберкулёз, протекающий торпидно, предрасполагает к астме" (Krez, Butalini, Landusi). Последний даже считает астму проявлением туберкулезной анафилаксии и, в третьих, „между астмой и tbc существует паралеллизм, но не причинная связь (Bernard). По мнению иных у астматиков может развиться tbc, но не наоборот (Wert, Jacobson, Morawitz). Штернберг, на основании клинического обследования большого числа астматиков пришел к выводу, что у всех настоящих астматиков имеется торпидно протекающий туберкулез. При исследовании бронхиальных астматиков, надо однако искать не грубо выраженных изменений легких, а исследовать подробнее и тоньше и „тогда исчезнет предрассудок об антагонизме между этими болезнями" (Бирштейн). Торпидно с субфибрильной t'ой протекающий tbc естественно с этой точки зрения у людей падагрического диатеза с замедленным обменом веществ, каковыми являются ваготоники, а, следовательно, астматики. У этих лиц tbc локализируется преимущественно в железах, серозных оболочках и костях.

При наличии ваготонической конституции и торпидно протекающего tbc приступ астмы может быть, по мнению Штернберга, вызван механическим давлением на vagus увеличением бронх. желез (также и опухоли средостения). Если считать местом приложения вредности дыхательный центр и связанные с ним коррелятивные пути, то анатомически речь может итти также о раздражении centrum tendineum диафрагмы, причем рефлекс идет не через phrenicus, а через vagus (работы Догеля и Мстиславского), о расширении капилляров, заложенных в стенках бронхов, которые при этом давят на бронхиолы и заставляют их сужиться („при лечении адреналином достигается сужение просвета сосудов и следовательно расширяются бронхиоли"—Хавин).

Такие же взгляды на значение механического момента приводятся и в иностранной литературе (Biermer, Sigel, Bauer, Liebermeister, Schmidt) описывает приступы астмы, вызванные опухолью средостенья,

Curschmanu—люоэтическим артритом; Pfeifer отмечает случай излечения астмы после удаления опухоли средостения; Drey и Losch—после уменьшения лимфатических желез у лейкемика в результате рентгенотерапии. Что же касается туберкулина, то он дает приступ при больших дозах, т. к. от него припухают лимфатические железы у имеющих латентный tbc. Малые же дозы, которые должны вызвать приступ астмы в .случае правильности теории анафилаксии, такового не вызывает.

В заключении, несколько слов об астме и внутр. секреции. Pritzel в Scharlottenburg'e применял при астме рентгенотерапию, полагая, что Рентген способствует исцелению катарральных явлений в бронхах. При этом им было замечено, что Рентген действует благотворно и на первый момент,—на склонность к судорожным состояниям. В поисках причины, автор пришел к заключению, что причина приступа зависит от нарушений со стороны внутр. секреции. В этом вопросе научное исследование не может, однако, твердо установить, что надо отнести за счет нервной системы, как таковой, и что за счет эндокринных желез. Мы знаем, например, что адреналин благотворно действует на приступы астмы. Точно также устанавливается связь и с gl. thereoidea. Отмечено, что многие случаи астмы, особенно протекающей без катарр. явлений, сопровождаются увеличением щитовидной железы. В этих случаях, астматические припадки были особенно тяжелыми, но на них Рентген действовал особенно хорошо. Исследователи пытаются свести их к явлениям тиореотоксическим, считая, что astma bronchiale и morbus Basedowi суть родств. заболевания.

Заканчивая настоящий обзор, отметим, что мы старались быть совершенно об'ективными, излагая многочисленные гипотезы ученых. Как и всегда, в подобных случаях не в одной, а во многих из указанных теорий наряду с крайностями встречаются правильные суждения, об'ясняющие ту или иную сторону этого многообразного заболевания, протекающего столь капризно.

ИСТОЧНИКИ:

1. Gutstein—„Folia haematologica" апрель 1921.
2. Costa—„Deutsche med. Wochenschr" № 41—1922.
3. Strümpel—Учебн. внутр. бол.
4. Goloscheider—„Deutsche med. Woch." № 39—1922.
5. Schattmüller—„Deutsche med. Woch." № 44—1922.
6. Glaeser und Buschmann—„Deutsche med. Woch. № 8—1923.
7. Чистович—Клинические лекции.
8. Хосроев—Клиническая гематология.
9. Штуцер } „Врачебн. дело" №№ 18—20 1923.
10. Арьев }
11. Труды с'езда терапевтов 25—30 сент. 1922 („Терапевт. архив").
12. Майбород—„Врач. дело" № 18—20 1923.
13. Бирштейч—„Вопросы туберкулеза" 1923 ноябрь-декабрь.
14. Рефераты: Pfalz, Deutsche med. Woch. № 28—1922; Roth, № 33; Deutsche med. Woch.; Kümmel, № 43—1923; Moas, № 29—1923 Deutsche med. Woch.; Roth № 21—1923 Deutsche med. Woch.; Hofbauer, Schlian № 18—1923 Deutsche med. Woch.
15. Marx—„Deutsche med. Woch." № 15—1922.
16. Pritzel—„Deutsche med. Woch." № 15—1922.
17. Jungmann und Brünning—„Klinische Wochenschrift" № 10—1924.
18. Van Leewen—„Die Terapie der Gegenwart—1924—март.
19. Galup—„Врач. дело" 1924 № 3 рецензия.
20. Kayser—„Врач. обозрение" 1924 № 1.

Обзор литературы о принадлежности околоушной железы к железам внутренней секреции.[1]

Г. О. ГОЛЬДБЛАТА.

Изучение процессов внутренней секреции в течение последних десятилетией вполне подтвердило высказанное еще в 1869-ом году Brown-Sequard'ом воззрение, что, кроме половых желез, и другие железы с выводными протоками (печень, поджелудочная жел., простата, слюнные железы и пр.) играют существенную роль в сложном ансамбле эндокринных процессов.

Что касается околоушной железы, то пока лишь клинические наблюдения говорят за то, что ей, наряду с выделением слюны, содержащей диастатический фермент (птиалин), присуща также внутрисекреторная функция.

В этом отношении прежде всего приходится отметить наблюдения над своеобразной связью между околоушными и *половыми железами*.

По указаниям различных клиницистов, приблиз. у третьей или четвертой части мужчин заболевающих *заушницей*, болезнь осложняется воспалениям яичка или придатка его. Это осложнение, на которое обратил внимание уже Гиппократ, имеет большею частью односторонний характер и, почти в половине случаев, ведет к атрофии яичка (Romberg). Описаны случаи (в последние годы Bardachzi и Barabas'ом, а также Хасилевым), где во время эпидемии заушницы сперва появляется воспаление яичка и лишь несколько дней позже наступает паротит, или где, без наличия последнего, наблюдается лишь орхит. Знаменательно то обстоятельство, что данное осложнение весьма редко поражает детей до 12-14 лет и стариков, т. е. лиц с неразвитой или исчезнувшей половой деятельностью. Равным образом характерно, что, согласно наблюдению Ringberg'a, при „казарменном заражении" заушницей осложнением этим страдают преимущественно солдаты более молодых возрастов, что, на основании своего материала, подтвердили Bardachzi и Barabas. Следует упомянуть, что последние два автора об'ясняют относительно низкий процент (10,8%) заболевания орхитом у соотв. солдат вызванным войной повреждением половой деятельности.

У лиц женского пола эпидемический паротит может, хотя и гораздо реже, повлечь за собою воспаление половых желез, но указания разных авторов насчет частоты такого рода осложнения, т. е. оофорита при заушнице, весьма противоречат друг другу. Ruge описал острое заболевание яичника, которое появилось вслед за острым паротитом и сопровождалось симптомами угрожающаго внутреннего кровотечения.

---

[1]) Цитаты из работ иностранных авторов приводятся в русском переводе.

Предположения, что вирус эпидемического паротита переносится, руками больного в мочевой аппарат и оттуда попадает в половые железы, или-же, совершив далекий путь через желудочно-кишечный тракт, попадает в яички или яичники per continuitatem, весьма искуственны и необоснованы (см. Х а с и л е в). Кроме того, подобного рода предположения не об'ясняют тех случаев, где заболевание половых желез— первичное, а паротит—вторичное яление. Ввиду „избирательной реакции слюнных желез и яичек по отношению к вирусу заушницы“ (B a u e r) и сходства их гистологического строения—тут напрашивается „гематогенная“ теория, но таковая не применима к соотв. осложнениям со стороны яичника. Таким образом, нужно думать, что поражениям половых желез при эпидемическом паротите способствует какая-то тесная, эндокринологическая связь между околоушными и половыми железами в виде их „неврохимической корреляции“ (Biedl).

У женщин иногда наблюдается паротит вслед за *расстройствами со стороны половой сферы или оперативными вмешательствами в ней.* „P e t e r, напр., наблюдал молодую девушку, у которой под влиянием волнений начались расстройства месячных; с этого времени, вместо кровей, у нее появлялось припухание левой околоушной железы или происходила закупорка сосудов в области левых большой и малой губ. P a g e t приводит случай воспаления околоушных желез вслед за в ведением катетера, после введения маточного зонда, после выкидыша и родов и вслед за операцией на маточной шейке. B e n o i t собрал 21 случай паратита после овариотомии, который наблюдался, как при оперативном заражении, так и при гладком послеоперационном течении“. (У с п е н с к и й)

„B u m m старался об'яснить связь между половыми и околоушными железами существованием между ними нервных путей, благодаря которым возможна взаимная передача раздражений. Таким образом, могли бы раздражения со стороны яичника вызывать в околоушной железе сосудодвигательные разстройства, которые доходят до простого воспаления, понижают отделение слюны и способствуют проникновению гноеродных микроорганизмов“ (W i t t w e r) Впрочем, в последние годы, тенденция свести паротиты, наступающие вслед за овариотомией, на нервную или другую связь между яичком и околоушной железой встречает веские возражения. (Из новых сообщений по этому вопросу см. статьи F r i e d r i c h'a, S c h u l z e и R u d o l p h'a). Между прочим, указывается, что острые осложнения со стороны parotis встречаются также после других операций, особенно чревосечений и при тяжелых общих состояниях. Кроме того— помимо вопроса о значении взаимной связи между ovarium и parotis для появления воспаления последней после оварootомии—до сих пор не решен вопрос, происходит-ли данное осложнение путем проникновения в железу бактерий из полостей рта или кровяным путем. Одним словом – тут в общем мнения еще.... сильно расходятся“. (F r i e d r i c h).

Что несомненно существуют связи между слюнными „железами и системой эндокринных желез, особенно половыми железами“ (M o h r), доказывается случаями *гиперплязии* p a r o t i s невоспалительного характера и неинфекционного происхождения. Так напр. B a u e r приводит случай увеличения parotis у больного с опухолью яичка (с детства) и зобом. Тот-же автор сообщает: „в другом случае, который был демонстрирован в Венском обществе невропатологов и психиатров (9 янв. 1917 г.) по одному осмотру бросающейся в глаза припухлости околоушных желез можно было заключить, „что имеется гипоплязия полового аппарата“. Интереса заслуживают также „многократно упомянутые паротитиды после кастрации“ (S c h a f f e r).

В эндокринологическом смысле могут быть истолкованы и следующие явления: *увеличенное слюноотделение,* наблюдаемое иногда в пременструальном периоде (см. W i t t w e r), во время месячных (R u n g e, S c h r ö d e r), при ретрофлексии, эндометрите, хронич. метрите (S c h a u t a); чрезмерное, мучительное слюнотечение, появляющееся у некоторых беременных и исчезающее нередко лишь после родов (B u m m, R u n g e); осложняющая иногда клиническую картину заушницы „M a s-

titis parotidea“ у женщин и даже у мужчин, а также одностороннее припухание грудных желез и больших срамных губ. (Moro).

Guelliot и другие авторы наблюдали при эпидемическом паротите скоропреходящее припухание *щитовидной железы.* (См. Falkenheim, Moro). В обратном смысле „Baumstark описывает 27-и летнюю, страдающую микседемой женщину, у которой непосредственно за пересадкой щитовидной железы в малоберцовую кость появилось двухстороннее припухание слюнных желез“ (Bauer).

Далее встречаются указания на соотношения parotisu pankreas; опубликованы отдельные случаи, при которых эпидемический паротит осложнялся скоропреходящим панкреатитом; в 3 случаях эпидем. паротита без симптомов заболевания поджелудочной железы, Lieber'у удалось вызвать алиментарную гликозурию, исчезнувшую вместе с явлениями заушницы.

Имеются отдельные сообщения о припухании thymus'a при заушнице (Moró).

„Конституциональная гиперплязия околоушных желез“, как видно из работы Bauer'a, встречается во многих случаях *ожирения* у мужчин (Sprinzels) и у лиц с наклонностью к *артритизму*— астматиков, нефритиков и ревматиков[1]) (Lassoley). „Весьма вероятно, что это увеличение слюнных желез при ожирении входит в рамки эндокринных расстройств“. (Bauer).

В недавно появившейся статье Левина об ожирении подчеркивается патогенетическое родство обычного, эндогенного ожирения с артритическими заболеваниями (подагра, различные ревматические состояния, желчно-каменная болезнь, мигрень, экземы), равно и отсутствие резких границ между этим „артритическим ожирением и так назыв., „эндокринными“ формами ожирения (после кастрации, в климактерическом периоде; dystrophia adiposo—genitalis; adipositas dolorosa). Левину представляется весьма возможным, что разнородные проявления артритизма „связаны“ именно гормональными нитями внутренней секреции.

Что так назыв. „*лимфатизм*“, т. е. гиперпластическое состояние лимфатических желез и лимфатических органов—с одной стороны и „артритизм—с другой, родственны друг другу, не подлежит сомнению. „Артритизм, лимфатизм, эксудативный диатез—все это одно и то-же и имеет ближайшие связи с различного рода нервными состояниями“ (Krehl). А потому не изумительно, что и при лимфатических состояниях, которые ведь часто сопровождаются гипоплязией полового аппарата, расстройством месячных, понижением полового влечения (His), наблюдалось припухание околоушных и других слюнных желез. Повидимому сюда следует отнести те случаи, которые, в виду припухания слюнных и слезных желез, представляют собою Mikulicz'ский синдром, связь которого с синдромом Still'a. (прогрессирующий полиартрит с множественным припуханием лимфатических желез и селезенки) доказана (см. Bauer). Wagner опубликовал случай симметричного припухания околоушных желез у 12-ти летняго мальчика, страдавшого хлоранэмией и „слабостью селезенки и печени („Milz-und Leberschwache“). Имеется далее соотв. казуистическое сообщение Hochschild'a о „наследственном семейном хроническом симметричном припухании околоушных желез в детском возрасте“—„редком поражении слюнных желез, достаточно охарактеризованном своим названием“.

При болезненных состояниях, относящихся к status thymico-lymphaticus, наряду с гиперплязией слезных желез и фоллукулов основания языка замечается также легко констатируемая гиперплязия слюнных желез (Mohr). Это тем более заслуживает внимания, что

[1]) Сюда относится случай, который демонстрировала Bien—хронич. паротит при хронич. первичном суставном ревматизме.

status thymico-lymphaticus патогенетически связан с Базедовой бол., Аддисоновой бол., миксэдемой, ожирением.

Иногда при так наз. „*миопатиях*“, resp., прогрессирующих мышечных дистрофиях“ „наблюдается припухание слюнных желез; Clarke (Brain, 1903) сообщил в случае миопатии (типа Erbá), где имелась сильная гипертрофия околоушных и подчелюстных желез“ (Léri). При данном заболевании „это осложнение с так наз. болезнью Mikulicz'а наблюдал у одного больного и Schönborn“ (Oppenheim). Подобного рода осложнения говорят в пользу предположения, что в патогенезе некоторых форм миопатий принимают участие внутреннесекреторные расстройства.

На это указывает также в некоторых соотв. случаях побочные клинические симптомы: гипертрофия щитовидной железы, аномалии со стороны полового аппарата, инфантилизм (Sacara, см. Léri), увеличение подкожной жировой клетчатки, напоминающие остеомаляцию изменения костей (см. Boix), resp. „дистрофию костей“ (Schultze, см. Jendrassik).

Недавно появилось предварительное сообщение Гольдблата об увеличении околоушных желез у *душевно-больных*: автор среди 210 душевно-больных в 6 случаях констатировал двухстороннее, симметричное, невоспалительное, безболезненное увеличение parotis велич. в уплощенную сливу или воложский орех и, кроме того, нашел, что среди данного психиатрического материала эта железа гораздо чаще, чем у здоровых и соматически-больных, прощупывалась в виде бобовидного образования. В виду того, что согласно существующим в современной психиатрии воззрениям—при большинстве душевных заболеваний (схизофрения, resp. раннее слабоумие; эпилепсия, resp. эпилептические психозы; олигофрения, т. е. состояние врожденного слабоумия; прогрессивный паралич) гормональные расстройства играют существенную роль первичного или вторичного характера (см. Falta), увеличение parotis у психически больных повидимому в большинстве случаев представляет собою проявление этих расстройств.

Найденное Гольдблатом увеличение околоушных желез ничего общего не имело с гнойными паротитидами, наблюдаемыми подчас у хилых психически-больных и вызываемыми плохим уходом за полостью рта.

Весьма возможно, что изменения в деятельности слюнных желез у душ.-больных (увеличение и уменьшение слюноотравления)—„расстройства, которые еще совсем не изучены (Sommer)—имеют эндокринную основу. Обычно расстройства эти об'ясняются раздражением симпатического нерва, рефлекторным расстройством со стороны полости рта или застоем в ней слюны. При схизифрении, эндокринный паточенез которого является почти общепризнанным, особенно часто—и не только в кататонических случаях этого заболевания—замечаются аномалии слюно-отделения. Как раз это обстоятельство говорит за то, что тут кроме рефлекторных и механических влияний имеют значение и эндотоксические факторы. Так и Benigni (Rivista sperimentale di freniatria, 1910) трактует птиализм при различных психозах, как вторичный симптом, который повидимому находится в связи с токсическим началом, и вызывающим в большинстве случаев душевную болезнь. В этом отношении заслуживают также внимания химические изменения слюны, найденные Christiani у душевно-больных (см. Régis).

Необходимо подчеркнуть, что увеличение околоушных, resp. слюнных желез не всегда имеет паталогический характер. Некоторые авторы констатировали гиперилязию слюнных желез в виде семейного или наследственного явления без наличия каких-либо болезненных состояний; Frenkel наблюдал в окрестностях Тулона (?) 2—3 случая припухания слюнных желез, которые он рассматривает как „физиологическую вариацию“ (Bauer). Из физиологических рамок не выходят также случаи, о которых недавно сообщил Dalché: у 2 женщин с наступлением климактерия появилось припухание parotis в значительном об'еме; в одном случае эта припухлость скоро исчезла, повторяясь затем каждые 1—2 месяца, в другом-же случае, она держалась более продолжительное время и сопровождалась увеличением щитовидной железы. Этот автор, который еще раньше опубликовал аналогичный случай, касающийся

периодичного увеличения parotis у 44 летней женщины, ставит эти припухания в зависимость от изменений яичников.

И в пределах физиологии и в области патологии имеются со стороны других желез явления анологичные означенным случаям увеличения околоушных желез, а именно: увеличение щитовидной железы, надпочечника, мозгового придатка во время беременности, коркового слоя надпочечников в климактерическом периоде, гипертрофия зобной железы при атрофии половых желез, гипертрофия надпочечников (особ. коркового слоя) при атрофии половых желез и после кастрации, компенсаторное увеличение со стороны антагонистически действующих желез hypophysis-thyreoidea. (Biedl, Wail, Gollais, Верещинский).

Довольно широкие *терапевтические* перспективы открывает теоретически правильное предположение, что увеличенные околоушные железы не только суть проявления внутренне-секреторных расстройств, но что они также участвуют в последних посредством выделения соотв. инкрета, количество или качественно измененного. Magnus почему-то в виде примера „отсутствия критики, с которым всевозможные органы восхваляются при всевозможных заболеваниях, приводит применение препаратов parotis при заболеваниях яичников. Но некоторые органотерапевтические опыты противоречат такому мнению Magnus'a: „Shober описал 9 случаев оофорита, при которых он с успехом применял экстракт околоушных желез. Mallek утверждает, на основании своих наблюдений, что этот экстракт при многих заболеваниях женской половой сферы приносит несомненную пользу" (Успенский). Достигнут, якобы, также благоприятный терапевтический эффект от препаратов околоушных resp. слюнных желез при опухолях яичника (Cobb).

На основании приведенного литературного материала позволительно сделать следующий вывод: обильные клинические наблюдения показали, что *околоушные железы вплетены в сложную, трудно распутываемую, сеть процессов внутренней секреции, находятся в особенно тесной связи с половыми железами и увеличиваются в размере при различного рода гормональных расстройствах*, имеющих характер гипофункции или дисфункции.

В общем можно сказать, что эндокринологическая область околоушных желез еще крайне недостаточно изучена. А между тем тут перед нами новая земля, обработка которой и в клиническом и в экспериментальном отношении могла бы заполнить жизнь многих исследователей и принести ценные плоды.[1])

Литература, использованная для настоящего обзора:

Bardachzi, F. U., Barabas, Z. Beobachtungen bei einer Parotitisepidemie. Münch. med. Woch. 1920, № 7, p. 185.

Bauer J. Die konstitut. Disposition zu inneren Krankheiten. Berlin, 2. Aufl., p. 408.

Biedl, A. Jnnere Sekretion, Berlin Bd. I, 1. Teil и русск. перев. том 2., Петроград 1914, изд. „Практ. медицина".

---

[1]) Этот обзор представляет собою выдержки из моих еще не законченных работ об увеличении околоушных желез вообще и у душевно-больных в частности. В виде предварительного сообщения позволяю себе тут указать, что произведенное мною пальпаторные исследования этих желез у свыше чем 4000 лиц без каких-либо болезненных явлений показало следующее: у людей в зрелом возрасте констатируется увеличение parotis прибл. в 6—8% случаев; а у детей в периоде прегенитального развития (8—14 лет), у родильниц и у старых людей это процентное отношение выше, хотя гораздо ниже, чем у душевно-больных. Г.

Bien. (Demonstration in d. Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, 6. IX. 1913). реф. Berlin. kl. Woch 1913, № 47, p. 2205.

Boix, E. Myopathie primitive progressive. Traité de Médecine, publ. sous la dir. de Charcot, Bouchard, Brissaud. Paris, 1894, Tome VI, p. p. 952, 953.

Хасилев, С. К течению и осложнениям эпид. паротита у взрослых. Екатеринославский мед. журнал 1923 № 7—8, стр. 48.

Cobb, J. G. The organs of internal secretions. London, 1921 p. 212.

Dalché, P. Hyperparotidie. Presse médic. 1920, № 80, p. 785, реф. Zentralbl. f. inn. Med. 1921, № 25, p. 520.

Dalché. Parotitide d'origine génitale à la menopause. La Gynécologie 1903, Août (цит. по Schaeffer'y).

Falkenheim, A. Ueber Parotitis epidemica. Deutsche Klinik, Kinderkrankheiten, VII. Bd., 1905.

Falta, W. Funktionelle Diagnostik der Crkrankungen des Blutdrüsensystems. Ztschr. f. ärztl. Fortbildung 1922, № 14, p. p. 421—422.

Friedrich, H. Ueber die Aetiologie der Parotitis postoperativa. Ztrbl. f. Gynäk. 1920, № 18, p. 400.

Gallais, A. Le syndrome génito- surrénal Paris, 1914, p. p. 122, 123, 349, 366.

Goldbladt, H. Ueber einige psychiatrisch-neurologische Beobachtungen. Monatschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 1924, Bd. LX, p. 379.

Груздев, В. Курс акуш. и женск. бол. Часть II., том I. Госиздат. РСФСР, Берлин 1922, p. 103.

His, W. Einige Konstitutionsanomalien und Diathesen. Mehring—Krehl'sches Lehrb. d. inn. Krankh. 1922, II. Teil, p. 259.

Hochschild, H. Ueber hereditäre familiäre chronische symmetrische Parotisschwellung im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk., Bd. 42, 2. Hälfte.-рефер. Münch. med. Woch. 1920, № 50 u Deutsch. med. Woch. 1920, p. 126.

Jendrassik, E. Die heredit. Krankheiten. Handbuch der Neurologie, herausg. von M. Lewandowsky, Berlin 1911, 2. Bd. Spez. Neurol. p. 348.

Krehl, L. Pathol. Physiologie. Leipzig 1921, p. 684.

Левин, А. Диагностика ожирения. Клинич. медицина, 1924, Т. II № 1, стр. 4.

Magnus, R. Allgem. Pharmakotherapie. Lehrb. d. Ther. inn. Krankh. von P. Krause u C. Garré. Jena 1911, 1 Bd., p. 128.

Mohr, L. Klin. Beiträge zum Status thymico-lymphaticus. Berl. Klin. Woch. 1918, № 22, p. 519.

Moro, E. Epidemische Parotitis. Handbuch der Kinderkrankheiten, herausg. von M. Pfaundler u. A. Schlossmann. Leipzig, 1910, II. Bd. p. 328.

Oppenheim H. Lehrbuch der Nervenkrankheiten, Berlin, 1923, 1. Bd., p. 340.

Régis, E. Précis de Psychiatrie, Paris 1914, p. 207.

Romberg. Die akuten Infektionskrankheiten. Mehring—Krehl'sches Lehrb. d. inn. Krankheiten, 1922, I. Teil, p. 22.

Rudolph, M. Ueber postoperative Parotitis. Archiv f. Gynäk., Bd. 112, рефер. Ztbl. f. Gynäkob. 1920, № 29, p. 799.

Ruge, H. Bedrohliche Eierstockerkrankung bei Parotitisepidemie. Münch. med. Woch. 1919, № 49.

Runge, M. Lehrbuch der Gynäkologie, 1903, Berlin, p. 14.

Schaeffer, R. Die Menstruation. Handbuch der Gynäkologie, herausg. von Veit, Wiesbaden, 1908, III. Bd., 1. Hälfte. p. 54.

Schauta, F. Lehrbuch der gesammten Gynäkologie, Leipzig und Wien, 1898, II. Teil, p. 28.

Schröder, H. Die Physiologie der weiblichen Geschlechtsorgane. C. Menge u. E. Opitz. Handbuch der Franenheilkunde für Aerzte u. Studie-

rende, Wiesbaden 1913.—Русск. перев. Издат. „Практ. медицина" 1914. Стр. 88.

Schulze, W. Zûrtiologie der Parotitis postoperativa. Ztrbl. f. Gynäkol. 1920. № 23, p. 613.

Sieber, E. Parotitis epidemica und Pankreatitis. Ćasopis lekar ćeskych. 1919, № 20.—рефер. Zentralbl. f. inn. Med. 1920, № 12.

Успенский, Д. Органотерапия. С.-Петербург 1910, стр. 300-301.

Wagner, R. (Demonstr. in der Wiener Med. Gesellsch. 9. Jan. 1920). Vereinsbericht in d. Deutsch. med. Woch., 1920, № 30, p. 932.

Weil, A. Die innere Sekretion, Berlin, 1923.

Верещинский, А. Надпочечно-половой синдром с точки зрения хирург. патол. и тер. Вестник хир. и погран. обл. 1924, Москва —Петроград, Госиздат., Т. 3,—книга 8-9, стр. 207.

Wittner, K. Ein Fall von Parotitis postoperativa gonorrhoica. Zentralbl. f. Gynäkologie 1923, № 42, p. 1631.

К симптоматологии брюшного паратифа В у вакцинированных.

Б. Я. ЭЛЬБЕРТ.

I.

Проникновение в человеческий организм паратифозной В палочки вызывает, при особых условиях, в точности до настоящего времени не вполне изученных, то бурно протекающий токси-инфекционный процесс, иногда в виде cholera nostras, то дает постепенно развивающуюся картину брюшного паратифа, по своему течению незначительно отличающейся от картины брюшного тифа. Таким образом, паратифозная палочка Шоттмюллера является возбудителем то локального желудочно-кишечного заболевания, то—генерализованного процесса—паратифозной бактериэмии.

Как известно, в первом случае, через 1—2 часа, чаще через 8—16 и более часов после того, как зародыши и токсины палочки паратифа В попали в кишечник, появляются первые симптомы болезни. Опорожнения стула очень часты, 3—4 и больше раз в сутки, сопровождающиеся сильными болями в животе. Испражнения желтоваты, жидки и иногда содержат слизь. В легких случаях отмечается общая слабость и небольшая температура. В случаях средней тяжести отмечаются боли в животе, частая рвота—зеленоватого, коричневатого и, даже, черноватого цвета, иногда с примесью крови; фекальные массы имеют резко неприятный запах. Температура доходит до 40,5° (Bareде). Эти явления длятся от 3-х до 8-ми дней, в редких же случаях затягиваются на три-четыре недели, иногда—до двух месяцев. Наиболее тяжелое течение наблюдается при так называемой cholera nostras, с бурным началом, рвотой и болями в животе. Стул 10—30 раз в сутки, вскоре приобретает характер рисового отвара с хлопьями слизи и изредка примесью крови. Посев таких испражнений на твердые цветные питательные среды Падлевского или Эндо дает чистую культуру палочки паратифа В. Больной имеет тяжелый вид; его черты лица резко изменяются; глаза тусклы и глубоко лежат в глазных впадинах; кожа суха и приподымается в складки. Иногда этим явлениям сопутствует herpes и розеола. Голос беззвучен, язык сух, беспокойство, чувство страха, бред, судороги в икрах. В течение cholera nostras Тиберти наблюдал миозис; ван Эрменген—мидриазис, недержание мочи, пурпуру; Кан—розеолу и герпес; Обри—желтуху и увеличение печени и селезенки; Саккэпэ—слизисто-гнойный колит. В особенно тяжелых случаях болезнь заканчивается летально; в благоприятных, через 2—3 дня наступает ослабления напряжения всех симптомов, температура литически падает, и больной медленно выздоравливает.

Паратифозный гастроэнтерит встречается также в виде хронических поносов, иногда же присоединяясь к другим болезням; так Иохманн описывает случай скарлатины, осложненной паратифозным энтеритом.

Помимо вышеописанного типа—паратифозного гастроэнтерита, паратифозная инфекция, как известно, развивается в виде брюшного В паратифа. Когда болезнетворные зародыши проникают в организм в небольшом количестве и нет условий, вызывающих отравление организма специфическим ядом, тогда развивается картина абдоминального паратифа В, патогенез коего идентичен с патогенезом брюшного тифа.

Проследим вкратце течение брюшного паратифа В по материалам минувшей войны, когда значительное большинство ее участников многократно вакцинировалось тифозной, холерной и часто паратифозной А и В вакциной.

Инкубационный период весьма различен. Саккэпэ указывает на 5—6 дней, Дибо—4—5 дней, Лянгле—от 3 до 8 дней. В среднем, инкубационный период равняется 7—15 дням. Болезнь нередко начинается рвотой, температура в течение короткого времени достигает 40°; плохое самочувствие, головная боль, поносы. В других случаях t° подымается ступенеобразно и только на 3—4-й день достигает своего максимума. После этого следует более или менее продолжительная continua и затем t° литически приходит к норме. В минувшую мировую войну температура при паратифе В достигала наибольшей высоты обычно в 2—3 дня; продолжительность лихорадочного периода в среднем была от семи до пятнадцати дней и падение лизисом в 2—3 дня до нормы.

По данным Леви, Мэслей, Шеврель, Робинзон и Валенси высокая температура соответствовала и более тяжелому течению. Обычно она протекала в границах 38° и в редких случаях длилась более двух недель. Неттер и Рибадо-Дюма отмечают продолжительность лихорадочного периода в некоторых случаях до 2-х и 3-х месяцев.

Из других симптомов—розеола, по данным Шоттмюллера, при паратифе В выражена более, чем при тифе. На этот счет в литературе существует разногласие. Так, Ляндузи встречал розеолу при брюшном паратифе В не часто; Робинзон наблюдал розеолу в 60%, иногда розеола высыпает в скудном числе; в других случаях она очень обильна, покрывая грудь, живот, спину и лицо. Грэнэ и Фортино, Мюратэ, Пэери и Дюмор наблюдали энантему на слизистой щеке. Мэслей и Ковиль описывают папулезную форму розеолы при паратифе, с темно окрашенным, по Лянгле, центром. Венсан отмечает случаи паратифа В, когда розеола высыпала после падения температуры.

Herpes labialis, buccalis et facialis по некоторым данным встречается в 50% всех случаев: высыпание пузырьков герпеса в течение тифоподобной лихорадки, согласно данных большинства авторов, указывает на паратиф. Только Риве и Койен встречали редко герпес при паратифе.

Явления гиперемии слизистых довольно постоянны; кон‘юнктивит, фарингит, лярингит,—симптомы очень частые при паратифе В в минувшую войну; некоторыми авторами описаны даже из‘язвления в горле. Что касается до явлений со стороны дыхательных путей, то они при паратифе В минимальны. В большинстве случаев наблюдался легкий бронхит (Шеврель и Обри); лишь изредка—бронхопневмония и долевая пневмония; в редких случаях инфаркт легких, а Бингель описывает один случай абсцесса легкого, где в гное были найдены паратифозные В палочки. Также и Минэ наблюдал у вакцинированных тяжелые плевропневмонии и бронхопневмонии, когда больные выделяли много мокроты с массой паратифозных в ней палочек. Эти данные получили подтверждение в работах Ортикони и др.

Чрезвычайно ценный симптом паратифа В—это боль при надавливании в правой илеоцекальной области, также урчание в coecum (Робинзон, Неттер и Рибадо-Дюма). Жасмэн считает даже отсутствие этих симптомов достаточным для исключения диагноза брюшного паратифа.

Со стороны сердечно-сосудистой системы авторами описываются следующие особенности. Так, пульс сплошь и рядом дикротичен, хотя по Робинзону дикротия при паратифе В—явление более редкое, чем в течение тифа. Пульс обычно соответствует температуре, колеблясь между 80 и 100 ударов в минуту. Высокая частота пульса до 140 ударов, указывает на слабость сердца. По данным Леви-Валенси, в апирексии пульс падает иногда до 35 ударов в минуту. Затем в минувшую войну в течение паратифа В у вакцинированных можно было отметить тахикардию и, довольно часто, эмбрионардию. Так, Минэ из 19 случаев заболеваний сердца при паратифе В отметил в 7 тахикардию и 11 раз—эмбриокардию. Согласно наблюдений Венсана и Мюратэ, эмбриокардия, столь грозный симптом при брюшном тифе, не имеет серьезного значения при паратифе.

Прежний взгляд авторов касательно абсолютно благоприятного течения паратифа должен быть теперь настолько изменен, на основании клинического материала, собранного в период времени с 1914 года.

Несмотря на то, что масса участников войны была привита тетравакциной, наблюдались тяжелые осложнения в течение паратифа В. Наиболее важно отметить кишечное кровотечение. Койен и Риве описали случай, доказанный гемокультурой, паратифа В у привитого вакциной, который на 12-й день болезни закончился смертью при явлениях перитонита. Эти данные подтверждаемые Гранье, Хорни из Марокко, Раймон, Паризо, Ортикони, Файльхенфельдом и другими. Все же кишечные геморрагии встречаются реже при паратифе В, чем при брюшном тифе, и, по данным Венсана, не имеют того дурного прогностического значения, как при тифе. Шеврель считает кровотечение при паратифе В не столь опасным, как при тифе. Однако на 534 случая паратифов, собранных во французской литературе за 1914 и 1915 годы, восемнадцать окончились смертью; из этого числа пять случаев смерти были обусловлены кишечным кровотечением, что дает около 30%. Что касается до перфоративного перитонита, то частота его в 1% при паратифе уступает таковой при абдоминальном тифе.

Необходимо еще отметить, как осложнение, флебит. Тремя французскими авторами описано 17 случаев флебита нижней конечности, 7 случаев флебита на правой руке и 1 раз—на левой. Минэ дополнил эти данные описанием еще 2-х случаев флебита при паратифе В у привитых.

При клинико-микроскопическом исследовании мочи отмечается в 40% альбуминурия. Диазореакция выражена положительно в трети всех случаев. Уробилин и индикан часто превышает норму. В осадке немного лейкоцитов, клеток почечного эпителия и гиалиновых цилиндров и единичные лишенные пигмента эритроциты. Зато Ортикони и Паризо неоднократно наблюдали острый гломерулонефрит.

Начало периода выздоровления часто сопровождается поллурией. Как известно, паратифозные бациллы долго задерживается в организме и выделяются с мочей. Иные суб'екты, после перенесенного ими паратифа В, годами еще выделяют паратифозную палочку с мутной мочей.

Из осложнений отмечается орхит с воспалением туники; Жиру описал один случай орхи-эпидимита, с гнойным распадом и выделением паренхимы тестикул.

Кроме этого осложнения, в литературе встречаются указания на случаи паротита, а также случаи гнойного воспаления суставов. Со стороны желчных путей отмечается холецистит и ангиохолецистит, затем образование камней в воспалительно измененном желчном пузыре.

Подобный случай, изученный лабораторно Геркес, доложен ею и Вебером на Научном заседании Пастеровского Института в Минске в апреле 1924 года.

В функции центральной нервной системы во время паратифозной лихорадки отмечаются авторами большие или меньшие отклоне-

ния. Особенно постоянны сильные головные боли, затем боли в затылке, беспокойство и бессоница. Иногда начало паратифа В протекает под видом менингита, сопровождаясь рвотой и судорогами. На это указывают Неттер, Фортино и Гренэ. Описаны случаи гемиплегии, нарез сфинктеров, порез дельтоидеуса, невриты, острый энцефалит. Венсан и Мюратэ, в своей монографии, упоминают об одном случае типичной тетании.

Рецидивы, по одним указаниям, встречаются в 10%, по данным Фортино—значительно чаще.

Таким образом, паратиф В в минувшую войну, когда большинство солдат было вакцинировано тифозной и, часто, паратифозными вакцинами, дает целый ряд симптомов, которые сближают этот нозологический процесс клинически с брюшным тифом. Все же для брюшного паратифа В особенно характерны следующие явления:

Быстрое начало, часто со рвотой; затылочные боли в начале болезни; высыпание herpos на губах и лице; тифозный статус; нередко менингеальные явления; розеола, иногда к концу болезни; увеличение печени и селезенки; желудочно-кишечные расстройства; быстрое окончание лизокризисом.

Лица, переболевшие тифом или вакцинированные тифозной вакциной, не были застрахованы от паратифа. Мало того, Леон Бернар и Параф указывают на чрезвычайно тяжелые формы болезни паратифа В среди лиц, получивших противотифозную прививку.

Таким образом, если мы примем во внимание те случаи паратифозной лихорадки, которые протекают совершенно незаметно для самого больного и не распознаются врачем, и далее то, что паратиф поныне не имеет описания, которое бы резко и выпукло выделило его в отличие от тифа, то придется согласиться с мнением Ляндузи, который пишет: „Нужно сказать, что без помощи лаборатории точная диагностика паратифозного процесса невозможна".

Как вспомогательный лабораторно-диагностический метод Шантмессом было предложено офтальмореакция, которая однако, и совершенно справедливо, не завоевала себе признания. Затем Венсан предложил свой способ диагностики, спленодиагностику, когда 2 куб. с. аутолизата бактерий из 48 часовой культуры, впрыснутые больному, вызывают увеличение селезенки в одном или обоих размерах на 1-2 сантиметра. Это увеличение селезенки наступает через 10-18 часов,—признак, выдвигающий спленодиагностику на первое место среди методов ранней диагностики тифов, что дает возможность еще до гемокультуры поставить диагноз тифа respective паратифа. (Ратери). Эти данные Венсана и Ратери нуждаются еще в клинической проверке.

При распознавании паратифа В лабораторные методы исследований, лабораторная диагностика, играют несомненно главную роль. Не останавливаясь на общеизвестных методах лабораторной диагностики, отметим только, что в последнее время для получения гемокультуры охотно пользуются смесью желчи с пептонной водой (среда Savage). Затем останавливает на себе внимание многих исследователей выделение культуры палочки паратифа из желчи больного. Так Бюр, Севестр и Хотфейль находили палочку паратифа В в рвотных массах. В 1909 году Вебер и в 1912 Каралифи применили способ Болдырева для выделения чистой культуры тифозной палочки. По сообщению Карно и Вейль-Халле *желчекультура представляет собой способ даже более надежный, чем гемокультура, ибо дает возможность выделить палочку паратифа не только в начале болезни, но и по выздоровлении, что имеет огромное практическое и эпидемиологическое значение.* В настоящее время, с введением в практику дуоденального зонда, вышеописанный способ, имеющий свои отрицательные стороны

мог бы быть заменен непосредственным извлечением дуоденального содержимого. Однако и это нуждается в дальнейших наблюдениях.

Особый интерес представляет вопрос о влиянии предшествующей вакцинации на успех выделения из крови чистой культуры. В этом отношении в литературе нет единства, и некоторые авторы определенно указывают, что у привитых реже удается гемокультура. Наши наблюдения, опубликованные в 1918 году, касающиеся симптоматологии и лабораторной диагностики паратифа А, однако, подтверждают чрезвычайную легкость и частоту выделения культур из организма (крови, мочи и фекальных масс). Все почти наши случаи тифа и паратифов с 1917 по 1921 год, на материале военных госпиталей, гражданских больниц и киевских университетских клиник, были нами доказаны гемо, faeces и urin—культурой.

Если в получении чистых культур мы располагаем методом совершенно точным для диагностики паратифа, то реакция агглютинации Грубер-Видаля абсолютно надежным симптомом болезни не является. В течение паратифа В сыворотка больного приобретает агглютинирующие свойства, и на 14-й день титр склеивания достигает обычно своего максимума. Однако эта склеивающая способность сыворотки не всегда специфична, и рядом с гомологической существует групповая агглютинация, причем сыворотка паратифозного больного склеивает тифозную палочку иногда еще в большей степени, чем Шоттмюллеровский микроб. Все же Кадэ, Лаббэ и Вошер допускают возможность диагносцировать паратиф, когда сыворотка агглютинирует только палочку паратифа в разведении от 1:100. Заломон, при отрицательной гемокультуре, считает возможным пользоваться результатом реакции Видаля в разведении сывороток 1:200 для паратифа, даже у привитых.

В тех же случаях, когда сыворотка больного агглютинирует, как паратифозную, так и тифозную палочку, при помощи реакции Видаля невозможно выяснить природу возбудителя инфекции. Для Риста по данным р. Видаля у никогда не вакцинированных суб'ектов можно заключить только одно: дело идет о тифозном процессе вообще; у получивших же предохранительную прививку—реакция Видаля имеет небольшое клиническое значение.

Этот вопрос освещен между прочим в работах Полева, затем в нашей совместной работе и статье нашей совместно с Дорожинским. (Врач. Санит. Изв. № 16 и 17).

II.

Из довольно значительного материала нашего, обнимающего несколько десятков случаев брюшного паратифа В, приведу только несколько историй болезни для иллюстрации течения этой болезни у вакцинированных.

Первый случай интересен в том отношении, что касается больного, поступившего под наше наблюдение еще в продромальной стадии, с нормальной температурой. Васильев Алексей, 22 лет, с пометкой в книжке о троекратной вакцинации, жалуется на боль в груди, затрудненное дыхание и кашель; температура 36,4°. При выслушивании легких—распространенные сухие хрипы. Тоны сердца глуховаты. Стул в норме. Температура еще двое суток была не выше 36,6°, после чего на 3-ьи сутки поднялась до 38,4° и на четвертые достигла 39,8°. Лихорадочный период с температурой между 38° и 40° продолжался всего 13 дней и затем в три дня температура лизисом пришла к норме.

Первая неделя протекала тяжело. Сильная головная боль, небольшой бред, тифозный статус. Обложенный сухой язык. Запор. В правой илеоцекальной к концу первой недели болезненность. Сухие хрипы в легких. Селезенка не прощупывалась. Розеола не наблюдается. Пульс учащен по сравнению с температурой. Вторая неделя проходит более легко. Температура ниже, между 38° и 39,5°. Стул несколько раз в сутки, жидкий. Метеоризм. На 12-й день—селезенка мягкая. Розеолы нет. Пульс 120 в 1' при температуре 38,0.

Реакция Видаля дала положительный результат, как с палочкой Эберта, так и Шоттмюллера, в титре 1:200. Из крови—гемокультура палочки паратифа В. После падения температуры реакция Грубер-Видаля положительна, как с палочкой тифа, так и паратифа В 1:1000, причем отмечается бо̀льшая резкость и скорость наступления реакции с палочкой паратифа. Реакция агглютинации с микробами паратифа А, у Гертнера—отрицательна. Из faeces на 2-й неделе рековалесценции была выделена палочка паратифа В.

Второй случай. Федор Кузьминых. Болен 4 дня. Общая слабость и головная боль. Сухой, обложенный язык. Селезенка не прощупывается. Гиперемия слизистой глотки. Боль при глотании. Кашель; при выслушивании легких—немного сухих хрипов. На 5-й день t° 40,2; пульс 70—80 ударов в 1 минуту. На 8-й день болезни отмечается: фарингит, бронхит. Сильная головная боль. T° 39,0. Селезенка не прощупывается. С 10-го дня температура колеблется на более низких цифрах: первая неделя—t° между 39,0 и 40,5, вторая неделя—37,0—38,5. На 12 день прощупывается селезенка. Падение температуры в три дня на 16-й день болезни.

Из испражнений выделяется паратифозная палочка В. Реакция Видаля положительна на 7-й день 1:100 с палочкой В; через месяц—реакция Видаля 1:500 с палочкой В и отрицательна с другими антигенами.

Третий случай—Иван Елкин—как и первые два, солдат артиллерийского дивизиона. Все трое инфицировались почти одновременно (повидимому—мясом из центрального холодильника), но поступили в разное время под наше наблюдение. Болен 3 дня. Началось с озноба, затем кашель, сильная головная боль. Было на 2-й день носовое кровотечение.

Теперь—сухой язык, сильная головная боль. Температура 39,4, пульс 90. Бронхит. Стула не было три дня. На 6-й день: herpes labialis. Болезненность в илеоцекальной. Пульс 82, температура 38,0. Селезенка прощупывается; продолжительность болезни 12 дней.

Реакция Видаля на 7-й день положительна с палочкой паратифа В 1:200 и отрицательна с палочкой Эберта. Из faeces была выделена палочка паратифа В.

Подобно первому, и второй и третий больные были вакцинированы тифозной вакциной, о чем имелась отметка в их книжке.

Случай четвертый. Аликов Сергей, болен 4-й день. Сильная головная боль. Пульс 84, температура 38,5. Сухой обложенный язык. Жидкий стул, три раза за истекшие сутки. Метеоризм; урчание и болезненность в илеоцекальной при неглубокой пальпации. Селезенка прощупывается с 8 дня болезни. Розеола не отмечается. Все время—тяжелые головные боли. Температура с 8 дня начала понижаться и на 11-й день пришла к норме.

Из крови на 5-й день—культура палочки паратифа В. Реакция Видаля 1:200 с палочкой тифа (на 5-й и 12-й день) и отрицательна с палочкой паратифа А и В.

Больной за 4 месяца до поступления к нам в инфекционное отделение получил дважды противотифозную предохранительную прививку.

Пятый случай. Австриец, военнопленный Іосиф Пинек. Поступил к нам на 6-й день с температурой 40,6. Conjunctivitis. Сухой, малиновый язык. Болезненность в правой подвздошной. Пульс 120 в 1'. Селезенка увеличена.

В начале 2 недели—herpes labialis. T° 40,8, пульс 100, бред. С 11 дня розеола на груди и животе в скудном количестве. Глухие тоны сердца. Отечность стоп. К концу второй недели—сознание больного проясняется, бред прекращается, температура все ниже. Полное падение t-ы на 23 день.

Из крови на 7-й день гемокультура палочки паратифа В. Реакция Видаля 1:300 положительна с палочкой паратифа В. На 23-й день 1:500—плюс, как с тифозной, так и паратифозной В палочкой.

Многократно прививался, как в своей армии, так и в нашем лагере для военнопленных в Дарнице.

Наблюдения наши над клиническим течением паратифозной В лихорадки, основанные на довольно большом материале, позволяют подчеркнуть некоторые особенности симптоматологии этого самостоятельного позологического процесса. Температура обычно достигает своего максимума в 2-3 дня. Продолжительность лихорадочного периода колеблется между 2 и 3 неделями. Иногда—несколько дольше. Часто всего 9—11 дней. Легкие и средней тяжести случаи паратифа В характеризуются температурной кривой между 37 и 38,5°. Тяжелое течение—при t°е, достигающей 40,5 и 41,0°. Иногда отмечается на 3—4-й день падение температуры до нормы, резкая ремиссия, и затем вторичный крутой под'ем ее. Постоянный симптом болезни—головная боль в течение всего лихорадочного периода болезни. В трети всех случаев наблюдаются гиперемия кон'юнктивы, фарингит и лярингит. В половине случаев имеется розеола. Этот симптом обычно определяется лишь на 2-й неделе, иногде к концу болезни. Изредка розеола принимает петехиальный характер. Тогда наряду с этой сыпью имеется нормального вида розеола. [1]) Селезенка не всегда прощупывается, хотя перкуторно увеличена. Печень иногда увеличена. Со стороны кишечника: запор уже в первые дни болезни сменяется жидким и частым стулом. Метеоризм—симптом постоянный и ранний. Изредко epistaxis. Бронхит. В 30 проц. паратифа В—herpes labialis. Течение болезни, по нашим наблюдениям, благоприятное, без особых осложнений. *Клинические симптомы и в своей совокупности не вполне достаточны для диагностики паратифа В: необходимо лабораторное исследование.* Наиболее точный способ лабораторной диагностики—это получение культур, причем выделение чистой культуры палочки паратифа В относится к несложным задачам. Труднее несколько выделить чистую культуру у предварительно вакцинированных суб'ектов, особенно из крови (у нас в 50 проц.); легко выделяется из испражнений. Быстрый лабораторный диагноз достигается комбинированным методом посева крови в среду, куда добавляется агглютинирующая сыворотка. Реакция агглютинации Грубер-Видаля, как симптом болезни, имеет важное, но только относительное, значение, так как очень часто над гомологической превалирует гетерологическая агглютинация. У вакцинированных —строить заключение относительно диагноза болезни по данным реакции Видаля часто не представляется возможным. Иногда, при брюшном паратифе В, реакция дает положительный результат в очень высоком разведении (один раз-до титра 1 : 20,000).

Наши наблюдения отмечают факт значительного распространения паратифа В. В деле борьбы с этой инфекцией, в экономических очагах тифа и паратифа, в условиях военной обстановки, при скоплении массовом (беженцы и др.), предохранительная вакцинация является орудием, наиболее достигающим цели. При будущих вакцинациях необходимо учесть опыт минувшей войны, *когда значительное понижение заболеваемости тифом целиком могло быть отнесено за счет благоприятного эффекта активной иммунизации.* Новые данные Безредка вносит корректив в методику предохранительных прививок, намечая путь к непосредственной иммунизации организма через кишечник. Необходимо вернуться к способам вакцинации тетровакциной, так как одна тифозная—не предохраняет от заболевания паратифом В и А.

[1]) Описанный некоторыми авторами симптом петехиального характера сыпи, что и нами наблюдалось в одном случае, не может без оговорок войти в симптоматологию паратифов, так как в этих случаях не была исключена возможность смешанной инфекции с сыпным тифом (наблюдения относятся до введения в лабораторную практику реакции Вейль-Феликса).

Крепитирующий тендовагинит, как профессиональное заболевание.

Ординаторы госп. хирургич. клиники (дир. проф. Соколовский), А. Мангейм и Б. Цыпкин.

По материалам центральной рабочей амбулатории гор. Минска (Зав. амбулатор. д-р Ситерман).

С 1 января по 1 июля с. г. через хирургический кабинет Центральной рабочей амбулатории прошло около 4000 больных, среди которых часто наблюдались крепитирующие тендовагиниты, как на верхней, так и на нижней конечности. Таких больных было всего 44, что составляет 1,1% общего количества больных. Из них 38 случаев приходится на верхнюю и 6—на нижнюю конечность. На верхней конечности тендовагиниты локализировались в области нижней части предплечья и кисти по ходу сухожилий и мышц abductor pollicis longus-extensor pollicis brevis на нижней конечности в областа сухожилий и мышц peroneiu tibialis anterior. Большинство больных были мужчины 80%, женщин 20%. Чаще всего это заболевание поражает в возрасте от 20 до 40 лет, таких больных было 71%. По союзам и по профессиям больные распределяются следующим образом:

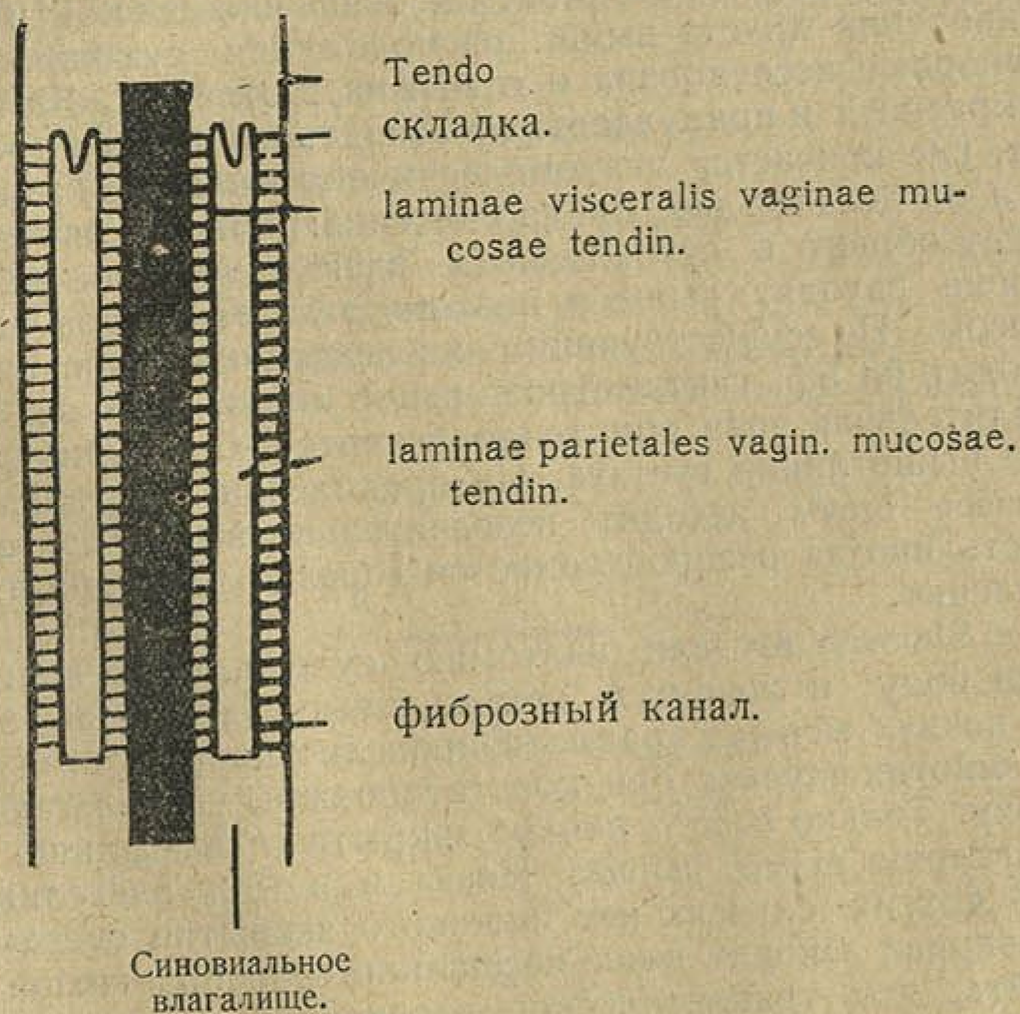
1. Союз древообделочников: столяры, плотники . 33%.
2. „ совработников: письмоводители, счетоводы машинистки, кассиры. . . . 13,75%.
3. „ кожевников: сапожники, щетинщики, заготовщики . . . . . . 13,75%.
4. „ печатников: переплетчики, наборщики. . 11%.
5. Других союзов и профессий: кухарки, прачки, чернорабочие, уборщицы . . . . 29%.

На основании нашего материала мы можем сказать, что тендовагинит чаще всего бывает на верхней конечности 85,5% и в 14,5% на нижней конечности. На верхней конечности заболевание встречается главным образом у лиц, которые по своей профессии принуждены производить частые однообразные движения, в котором участвуют мышцы предплечья и кисти.

Утверждение Lehman'a, что заболевание это бывает только у лиц при начале обучения различным работам не вполне соответствует истине, так как у нас большинство больных были рабочие с большим стажем. Необходимо указать, что чаще всего тендовагинит поражал, как видно из наших случаев, членов союзов (древообделочников, совработников, печатников и кожевников). Причем, столяры-плотники занимают первое место—33%. Члены союза совработников, хотя и не занимаются физическим трудом, но, работая в канцеляриях, производят целый ряд однообразных движений, в котором участвуют мышцы кисти и предплечья, и потому легко заболевают тендовагинитом. Прежде чем приступить к патологии, симптоматологии и лечению данного за-

болевания мы укажем на анатомические особенности, наблюдаемые на местах локализации тендовагинитов.

На верхней конечности, в норме известно, что m. abductor pollicis ongus начинается от дорзальной поверхности луча и локтя и membrana ioterossea, идет в виде веретена на задне-латеральной стороне предплечья, подходит в образованный для него канал под lig. carpi dorsale в виде сухожилия и прикрепляется к основанию os metacarpale I. Место перехода мышцы в сухожилие бывает на разной высоте. M. extensor pollicis brevis расположен рядом с предыдущими. начинается несколько ниже предыдущего и прикрепляется к основанию первой фаланги большого пальца, пройдя предварительно через тот же канал, что и предыдущий, под lig. carpi dorsale. Функция обоих мышц состоит в отведении большого пальца и кисти и разгибании первой фаланги большого пальца. Особо большого внимания заслуживает сухожильное влагалище, в котором собственно и происходит воспалительный процесс при тендовагините. Влагалище расположено в виде кольца, вытянутого по длине сухожилия, причем внутренней пластинкой своей сращено с сухожилием, а наружной соединяется с окружающим фибриозным каналом, как это видно на схематическом рисунке. Синовиальное влагалище можно сравнить с двумя вставленными друг в друга цилиндрами, из которых меньший сращен с сухожилием а больший—с окружающими тканями. Своими концами цилиндры между собой спаяны; поверхности же их, обращенные друг к другу, свободны и ограничивают щелевидную полость, которая содержит небольшое количество клейкой жидкости. И вот, благодаря частым и однообразным движениям сухожилия, происходит постоянная травматизация внутреннего и наружного листка влагалища, что и может служить причиной возникновения тендовагинита. Troell из Стокгольма указывает, что на 74 случая тендовагинитов только в 51% они были вызваны длительной травматизацией, в 12% после единичной сильной травмы и в 37% было спонтанное образование их, повидимому, ревматического происхождения. Wischu считает, что тендовагинит является ревматическим заболеванием.



Продольный разрез влагалища (схема).

Он находит бугорки в виде очагов, как при myocarditis rheumatica, состоящие из круглых клеток и новообразованных сосудов. Koortweg указывает, что тендовагиниты являются результатом усиленного напряжения мышц во время непривычной ручной работы или ненормальных движений или травмы.

Trooyen спрашивает: можно ли внезапным ударом вызвать тендовагинит. Для разрешения этого вопроса он исследовал телят, у которых в течение двух часов были крепко перевязаны ноги и которых он потом заставлял ходить; у другой серии телят он специально травматизировал сильными ударами ноги. При исследовании были обнаружены кровоизлияния, как в подкожную клетчатку, так и в сухожильные влагалища, без признаков воспаления и крепитации.

Отсюда он делает заключение, что тендовагиниты не могут быть вызваны единичной трамвой. В наших случаях мы тоже заметили, что имеет значение не сильное единичное травматическое повреждение, а однообразное продолжительное повторяемое движение и напряженное сокращение мышц. Из 38 случаев тендовагинита на верхней конечности мы только в двух случаях можем считать ревматизм предрасполагающим моментом к заболеванию. Что касается симптоматологии, то больные обращаются по поводу болей, испытываемых ими при соответствующих движениях кисти и стопы. На предплечьи по ходу сухожилий и мышц abductor langus u exensor brevis образуется ясная припухлость, болезненная при давлении, иногда теплая на ощупь. В большинстве случаев наблюдается в первые дни одновременно с появлением припухлости хруст при движениях соответствующих сухожилий и мышц. Если хруст в первые дни не имеется, то он появляется в последующие дни при уменьшении припухлости. Продолжительность болезни от недели до месяца. Припухлость исчезает довольно быстро, крепитация держится гораздо дольше.

Необходимо отметить, что болезнь имеет резко выраженную наклонность рецидивировать. В части случаев мы обнаружили хруст при движениях не только в области сухожильных влагалищ, но гораздо выше по ходу мышц, как на верхней, так и на нижней конечности. Причина возникновения хруста выше расположения сухожильных влагалищ была впервые исследована и отмечена Кютнером. Кютнер нашел, что хруст, краснота и припухлость при тендовагините распространяется выше места, где кончается анатомически сухожильные влагалища.

Отсюда он делает два предположения: или это заболевание ничего не имеет общего с сухожильным влагалищем или же сухожильные влагалища заходят выше и поэтому захватываются воспалительным процессом. По существующим исследованиям влагалище tibialis anterior заходит на 5,5 сантиметров выше линии сустава, в то время когда воспалительная зона при тендовагините заходит иногда на 10 – 12 сантиметров выше линии сустава. На предплечьи влагалище abductor longus u extensor brevis заходит незначительно выше lig. carpi dorsale, а припухлость иногда распространяется гораздо выше, почти до половины предплечья.

Weiss u Slemann изучали анатомию сухожильных влагалищ. Они ин'ецировали воду и воздух в сухожильные влагалища, ввиду того, что вода и воздух меньше травматизировали ткани и легче проникали. Причем, во многих случаях они констатировали, что влагалища не закрыты сверху. Только в 55% нашли закрытыми влагалище tibialis. ant в 70%—влагалище extens hallucis longus и в 18% влагалище extensor digitorcom. В других случаях нет никакого закрытия сверху и инфекционный материал заходит выше нормального расположения влагалищ. Нужно думать, что травматическое воспаление в этих случаях легче распространяется за сухожильные влагалища по ходу мышц и фасций.

Кютнер считает, что под общей фасцией голени, между ней и fascia propria лежит в нижней половине голени слой очень рыхлой соединительной ткани, в роде щели. Этот слой, по мнению Кютнера, и есть место заболевания, а потому и предлагает назвать это заболевание не тендовагинитом, а metadesmitis crepitans.

Вейс из клиники Кютнера описал 6 случаев metadesmitis crepitans на нижней конечности. В большинстве случаев симптомы тендовагинитов так резко выражены, что в диагностическом отношении тендовагинит не представляет затруднений. Не следует смешивать это заболевание со стенозирующим тендовагинитом, описанным Кервеном в 1895 г. При последнем происходит утолщение сухожилия на месте происхождения его через фиброзный канал, причем происходит ограничение подвижности и болезненность при движениях. Здесь отсутствует кардинальный симптом хруста. Лечение тендовагинита заключается прежде всего в покое и иммобилизации. В острой стадии рассасывающее лечение, в виде согревающих компрессов. В затяжных подострых случаях—суховоздушные ванны и гиперемия по Биру. В профилактическом отношении надлежит безусловно предоставлять отдых для лечения при появлении болей, признаков утомления мышц и других явлений наступающего тендовагинита. При рецедивирующих формах возникает вопрос о временной или постоянной перемене профессии. Кроме того, нужно стремиться к тому, чтобы однообразные повторяющиеся движения были механизированы и заменены машиной, и только тогда можно будет сказать, что большинство тендовагинитов исчезнет.

Литература:

1. Проф. Леман—учебник Рабочей и Профессиональной Гигиены 1923 года.
2. Тонков—Нормальная анатомия.
3. Вильмс и Вульштейн—Частная хирургия.
4. Розенбаум —Санитарная характеристика деревообделочного производства 1924 г.
5. Тильманс—Частная хирургия.
6. Тильо—Топографическая анатомия.
7. Troell—Uber die sog. tendovaginitis.
8. Кютнер—36 Конгресс немецких хирургов.
9. Koortivey: Tendovaginitis crepitaus (Zentr. f. chir. 1905).
10. Wan Trooyen: Tendovaginitis crepitans „ „ „ „
12. Weiss—Metadesmitis crepitans (Zentr. f. chir. 1907).
12. Flörken: Zur frage der stenosierenden tendovagininitis (Zeit. f. chir. 1917).

Случай болезни Деркума.

(К вопросу о трофонейротическом происхождении опухолей).

Профессора С. М. РУБАШЕВА. (Минск).

Летом 1924 года я имел возможность наблюдать следующий случай, заслуживающий внимания.

Больной В. Б., 35-ти лет, поступил для лечения на Бердянский курорт с анамнезом нижеследующего рода: в ноябре 1923 года во время работы происшедшим неподалеку взрывом артиллерийских снарядов больного оглушило и отбросило от станка на 4 сажени; во время этого происшествия больной сознания не потерял, но из его памяти исчезли, как подробности самого происшествия, так и все последовавшее непосредственно за ним.

Со стороны общей наследственности ничего ненормального отметить нельзя; инфекционных болезней не переносил, алкоголем не злоупотреблял.

Больной правильного телосложения, удовлетворительного питания, с хорошо развитой подкожной клетчаткой. Вес—68 кило, при росте 167 с. Температура нормальна. Со стороны кожи изменений нет. Много седых волос, что произошло после взрыва. Болезненность при постукивании черепа по стреловидному шву. Со сторон лицевого нерва, глаз, вкуса, обоняния, под'язычного нерва—ничего ненормального. Щитовидная железа в пределах нормы. Сознание больного не пострадало. Жалуется в настоящее время на резкую головную боль, наступающую временами и быстро проходящую; изредка бывают головокружения. Память стала хуже. Настроение всегда подавленное; спит удовлетворительно, но часто видит пугающие сны. Непостоянный звон в ушах. Речь несколько монотонная, при волнении начинает заикаться. Ощущает боли в спине, есть чувство опоясывания. Когда быстро и с силой опускается на пятки, ощущает своеобразную резкую боль в шее и затылке. Мочеиспускание учащено; сексуальная жизнь ослаблена, impotentia coeundi. Ощущает слабость в руках и ногах, иногдк судороги в икрах; нередко чувство онемения и ползания мураш е в ногах.

Нередко ощущение жара и холода во всем теле, быстро сменяющее друг друга. Шаткая походка, общая быстрая утомляемость Атаксия верхних и в особенности нижних конечностей. С закрытыми глазами стоять не может. Интенционное дрожание. Анэстезия почти всей поверхности тела—болевая. Мускульное чувство сохранено. Рефлексы повышены. Внутренние органы без особых отклонений от нормы; при волнении и движении ощущает сердцебиение.

Через месяц после происшествия, больной отметил у себя на левом предплечии появление небольшой опухоли, несколько болезненной при давлении. Вслед за тем в различных местах стали появляться подобные же опухоли, число их увеличилось и одновременно с тем, они довольно быстро росли. В момент исследования эти опухоли давали такую картину. Опухоли расположены на обоих руках, ногах,

животе и спине. На конечностях они сидели довольно симметрично. На плечах одна-две опухоли сзади снаружи. На предплечиях по четыре опухоли на передней внутренней поверхности. На обоих бедрах пять-шесть опухолей по передне-наружной поверхности. На животе опухоли расположены по средней линии и около нее, а также симметрично по бокам живота; на спине также симметрично ниже 10-го позвонка. Величина опухоли—начиная с маленького орешка и оканчивая опухолью на животе размером 9×9 с. Поверхность опухолей дольчатая, консистенция при надавливании сверху мягкая, при сдавливании между пальцами с боков—плотная. Опухоли сами по себе безболезненны, но при сдавливании с боков очень чувствительны. Кожа над ними лишена чувствительности также, как и на всей остальной поверхности тела.*) К сожалению, больной отказался от биопсии.

Имея в виду все указанные данные, ясно было, что перед нами случай травматического невроза, в довольно тяжелой форме. Однако, наличие жировых опухолей, мышечной слабости и изменений психики в форме депрессии и т. п.,—позволяют думать, что это, вместе с тем, довольно характерный случай болезни Деркума. Не будем останавливаться на вопросе о взаимоотношениях травматического невроза и этого заболевания, на особенностях данного случая с его неврологической стороны, точно также, как и вопрос этиологии должен быть нами оставлен без рассмотрения. С точки зрения хирурга, в этом случае интересна другая сторона заболевания, именно быстрое появление и развитие до значительной величины в течение 4-х месяцев жировых опухолей. При болезни Деркума жировые отложения имеют чаще всего разлитую форму, где трудно найти границу между подкожной клетчаткой и жировым гнездом; иногда даже нет отдельных жировых отложений, а получается общее ожирение, что позволило ряду авторов сближать это заболевание с dystrophia adiposo-genitalis. Весьма возможно, что разлитые жировые отложения свойственны женщинам, которые чаще всего поражаются этой болезнью, в то время, как отдельные опухолевидные узлы преимущественно бывают у мужчин. Как бы то ни было, липомы в той форме, как они наблюдались у нашего больного, до последних мелочей напоминали обычные жировые опухоли: единственное отличие—болезненность, не свойственная настоящим липомам. Таким образом, с хирургической точки зрения, пред нами был случай быстрого развития множественных доброкачественных опухолей, стоящего в несомненной связи с заболеванием нервной системы.

Множественность, доброкачественность опухолей вообще не представляется особенно редким явлением и оценивается *Пожарийским* в 8%—14,5%. Из их числа мы знаем множественные нейрофибромы, так называемую болезнь *Реклингаузена*. Эти нейрофибромы, при всем их клиническом многообразии, с паталого-анатомической стороны стоят в связи с клетками эндо и периневрия. Одни смотрят на них, как на своеобразное уродство (из врожденных зачатков); другие ставят их появление в зависимость от нарушения функций желез щитовидной, надпочечника, каротидной, копчиковой.

Goth (1908) описал случай, где нейрофибромы развились на нервной почве при беременности, после родов уменьшились и частью за тем исчезли. Как ни относиться к различным теориям происхождения нейрофибром, но их связь с нервной системой (непосредственно, или через внутреннюю секрецию) не подлежит сомнению.

То же нужно сказать о другой большой группе множественных опухолей, родимых пятнах, которые часто расположены по линиям

---

*) Фотография по техническим причинам не могла быть помещена. Ред.

кожных нервов, и тем самым вопрос о нервном их генезе является, как бы предрешенным. Не говоря о целом ряде других авторов, укажу, что *Реклингаузен*, много работавший по этому вопросу, думал, что дело идет о трофических расстройствах, при которых исчезает регулирующее влияние нервов на питание кожи.

Интересную группу множественных опухолей составляют далее энхондромы и экзостозы, этиология которых точно также темна. Но и по отношению к ним приходится думать о какой-то общей причине, могущей лежать, повидимому, либо в области внутренней секреции, либо трофонейротических расстройств.

Значительно реже, чем предыдущие группы, описаны множественные липомы, но все же число этих наблюдений, не так уж мало. (Petrén, Alsbers, Payr, Köttnitz, Grosch, Severeanu, Madelung, Baumgärtner, Curling, Klaussner и др.). Из описаний этих авторов видно, что дело повидимому шло о случаях подобных нашему,—классических случаях болезни Деркума, или менее резко выраженных формах этого заболевания. Все попытки об'яснения происхождения таких опухолей сводились опять таки к трофонейрозу, или к ответственности привлекалась какая нибудь из эндокринных желез, чаще всего щитовидная железа. Правда, все указания не давали ничего ясного, но из представления о какой то общей причине, для возникновения таких опухолей, авторы выйти не могли.

Borst совершенно определенно указывает, что для об'яснения возникновения симметрических опухолей приходится думать о влиянии нервной системы. В попытке уяснить себе роль ее в деле возникновения опухолей приходится воспользоваться мыслями Rindfleisch'a. Последний полагал, что нервная система является тем фактором, который регулирует жизнь клетки после окончания периода роста. Если нервная система оказывается в этом смысле недостаточной, то рост происходит вне нормальных регулирующих сил, и в итоге такого процесса развивается атипическое разростание ткани, т. е. опухоль. Наш случай является в этом смысле чрезвычайно поучительным, ибо мы имеем при нем все признаки резких изменений в нервной системе и быстрое, непосредственно следующее за травмой, появление липом. Имеется ли расстройство внутренней секреции в качестве промежуточного, или же первичного фактора,—установить нельзя, но трофонейротический момент, мне думается, демонстрируется этим случаем, как нельзя более ясно.

Быть может, опухолевидные липомы не являются опухолями в настоящем смысле этого слова; но отграничение настоящих опухолей от опухолевидных образований не может быть проведено настолько определенно, чтобы в вопросе их генеза мы не имели права делать само собой напрашивающихся сравнений. Для множественных доброкачественных опухолей, о которых мы говорили выше, вопрос связи с трофонейротическим моментом нужно считать положительно решенным. Отсюда можно пойти дальше и попробовать поставить этот же вопрос по отношению к одиночным доброкачественным опухолям, рассматривая некоторые из них, как проявление местного трофонейроза. При нашем представлении о многообразии формального и каузального генеза опухолей, разумеется, трофонейротическое происхождение не должно быть рассматриваемо, как общее правило; но наблюдавшийся мною случай позволяет этот момент включить в число условий, на почве которых могут развиться доброкачественные опухоли, как множественные, так и одиночные. Поставленный, таким образом, вопрос заслуживает исследований, и к нашему знанию о опухолях может прибавиться еще одна небезинтересная страница.

Agenesia lienis.

Проф. И. Т. ТИТОВА.

Одним из самых простых и наичаще применяемых способов убедиться в значении и физиологической роли, которую играет тот или другой орган, является экспериментальное удаление этого органа и последующее наблюдение за теми изменениями, которые происходят в организме после такого эксперимента. Само собою понятно, что этот эксперимент был неоднократно произведен исследователями, поставившими себе задачей выяснить, какую функцию исполняет селезенка и как будет реагировать организм на полное удаление этого органа. Работами Mosler'a, Malassez, Виноградова, Курлова, Емельянова и многих других была доказана сравнительная безнаказанность экспериментального удаления селезенки у животных, при чем обычно наблюдалось временное изменение состава крови, которое, спустя более или менее продолжительное время, благодаря викарирующей деятельности лимфатических желез и костного мозга восстанавливалось. В 1894 году Лауденбах после целого ряда опытов пришел, между прочим, к выводу, что, „сравнительно позднее наступление, а также постепенное исчезание изменений крови у бесселезеночных животных доказывает, что в организме существуют приспособления, берущие на себя выпавшую функцию селезенки“ и что „резкие и постепенные изменения в смысле усиленного кроветворения замечаются после спленэктомии только в костном мозгу“. Исследование крови селезеночной артерии и селезеночной вены с несомненностью доказало кроветворную, в смысле выработки белых кровяных шариков, роль селезенки, но так как роль эта присуща не одной только селезенке, но и лимфатическим железам и костному мозгу, то понятно, что вслед за экстирпацией селезенки функции ее переходят к родственным по физиологической роли органам, которые усиленной работой вполне заменяют удаленный орган. Точно также исследованием селезенки с несомненностью доказана роль селезенки, как органа сохраняющего организму железо, выпадающее при разрушении клеточных элементов вообще и красных кровяных шариков в частности. Работу эту несут клетки пульпы. Но эту же работу исполняют и звездчатые клетки печени; благодаря этому, при удалении селезенки организм в смысле переработки погибших клеточных элементов не остается беспомощным, а только заставляет Kupfer'овские клетки работать более усиленно.

Известна также роль селезенки, как органа до известной степени очищающего организм от попавших в ток крови инородных начал и, главным образом, микроорганизмов. Но та же роль принадлежит целому ряду других органов: печени, костному мозгу и т. д., и таким образом и в этом отношении селезенка может быть заменена этими органами.

Наконец, в последнее время появились указания на внутреннесекреторную деятельность селезенки, но вопрос этот еще подлежит дальнейшей разработке и, повидимому, существенно важного значения в жизни организма не имеет.

Таким образом, на основании целого ряда, как клинических, так и экспериментальных, данных можно с уверенностью сказать, что животный организм вообще, а, следовательно, и человек в частности, могут жить и развиваться без селезенки. Это доказано экспериментально на животных, для человека же это доказывается всеми случаями, когда селезенка удаляется по поводу того или другого патологического состояния ее. Но удаление *патологически* измененной селезенки у человека и делаемые отсюда выводы не являются *чистыми* физиологическими опытами, какими они были бы, если бы удалить селезенку у здорового человека, что, конечно, совершенно недопустимо и никем до настоящего времени, насколько мне известно, не сделано. И вот этот пробел, этот эксперимент на человеке, иногда, правда исключительно редко, производит сама природа, производя „человека без селезенки". Как известно из эмбриологии, селезенка развивается из зачатка, заложенного в mesogastrium posterius (Gilis). Если этот зачаток совершенно отсутствует или если он погибнет на заре развития зародыша, то, конечно, выросший организм будет лишен селезенки. Будучи наружно совершенно нормальным, такой организм физиологически, конечно, должен быть отнесен к порочным, к уродствам. Число случаев полного врожденного отсутствия селезенки, насколько мне известно, из доступной мне литературы, настолько невелико, что они считаются единицами, почему я и приведу здесь более или менее полное описание их.

Первые указания на полное отсутствие селезенки мы находим у Toldt'а. Из 17 описанных им случаев только в трех, при вполне нормальном развитии тела, было обнаружено отсутствие селезенки; в остальных случаях дело шло или о новорожденных детях или о лицах (3 случая), хотя и достигших зрелого возраста, но имевших и другие пороки развития. Кроме того случаи Toldt'а приведены им не с той полнотой клинической и патолого-анатомичной картины, которая желательна была бы для столь редких случаев.

Первым более или менее детально описавшим случай врожденной agenesia lienis был Sternberg.

Случай Sternberg'а. У женщины 73 л., перенесшей на 23-ем году перемежающуюся лихорадку и погибшей от легочного туберкулеза, при вскрытии было обнаружено полное отсутствие селезенки. Положение брюшных органов, большого сальника и брыжжейки было нормальное. Мезентериальные и ретроперитонеальные железы не были увеличены. Наин'ецировав брюшную аорту и ее ветви, а также систему v. portae, автор выяснил, что art. coelica отходит на своем обычном месте и, отдав art. coronaria ventricul, super. sinist, делится на art. hepatica и сравнительно тонкую веточку, по своему месту соответствующую art. lienalis. Art. hepatica, в свою очередь, делится на art. hepatica propria и art. gastroduodenalis, тонкая же веточка (art. lienalis), отдав несколько ветвей телу и хвосту pancreatis, истончается еще более и, наконец, распадается на несколько веточек, из которых одна (art. coronaria ventriculi inf. sinist.) направляется к желудку, а остальные, вступив в большой сальник, постепенно теряются в нем в области flexurae coli lienalis. Таким образом, собственно art. lienalis отсутствовала, соответствовавшая же ей по месту отхождения тонкая веточка должна рассматриваться, как art. gastroepiploica, нормально являющаяся веточкой art. lienalis, а в данном случае за отсутствием последней самостоятельно отходящая от ствола art. caeliacae. Никаких следов селезенки и никаких изменений брюшины на месте ее обычного расположения не было обнаружено. Состав крови был вполне нормален, лимфатические железы не увеличены и только костный мозг местами представляется покрасневшим, но причину этого изменения можно было об'яснить или старостью или длительным туберкулезом легких. На основании всего вышеизложен-

ного автор приходит к заключению, что селезенка не является важным жизненным органом и что для кроветворения она не имеет существенно важного значения.

Второй случай описан Glinsk'им. У женщины 45 лет, умершей от туберкулеза, автор не нашел селезенки, несмотря на тщательный осмотр брюшной полости. Брюшина всюда была гладка, блестяща и никаких следов прежде бывших брюшных операций обнаружено не было. Что касается расположения сосудов, то автор отмечает, что art. lienalis, калибром несколько тоньше нормальной, дойдя до хвоста поджелудочной железы, терялась в нем. Лимфатические железы не были увеличены и никаких неправильностей в развитии других органов обнаружено не было.

Третий случай описан Груздевым и касается девицы 48 л., погибшей при явлениях нефрита, который был подтвержден секцией. Каких либо более или менее серьезных изменений в других органах обнаружено не было. Не были увеличены и лимфатические железы, но уже при самом начале вскрытия было обнаружено отсутствие селезенки, при чем не было найдено никаких следов когда либо произведенного чревосечения, а также следов патологических процессов, которыми можно было бы об'яснить исчезновение органа. Отсутствовала также art. lienalis; вместо нее из art. coeliaca выходит короткая и нетолстая веточка к поджелудочной железе". Не найдя во всем трупе никаких следов селезенки, не имея никаких данных предполагать оперативное удаление ее, автор приходит к заключению, что в его „случае имелось полное врожденное отсутствие селезенки". Указывая на чрезвычайную редкость подобного рода пороков развития, автор приводит еще один casus, описанный проф. Буяльским в 1829 г. и относящийся к унтер-офицеру взводной команды 42 л., умершему от ущемления тонкой кишки в отверстии большого сальника. При вскрытии проф. Буяльский нашел полное, кроме желудка и двенадцатиперстной кишки, перемещение внутренностей и совершенное отсутствие селезенки.

Вот все случаи врожденного отсутствия селезенки, которые мне удалось собрать в доступной мне литературе. Чрезвычайная редкость этой аномалии побуждает меня описать случай, встретившийся в моей практике. Дело идет о женщине 60 л., поступившей в терапевтическое отделение Киевского клинического института. При не вполне ясной клинической картине, при явлении наростающей слабости сердца, с предполагаемым диагнозом neplutis interstlitialis chronica, больная на 6-ой день своего пребывания в клинике скончалась. При вскрытии было найдено: Endocarditis verrucosa subacuta vv. aortae. Insuficientia et stenosis vv. aortae. Hypertrophia m. cordis. Arteriosclerosis universalis gradus medii. Hyperaemia venosa et emphysema pulmonum. Hepar moschatum. Renes sclerotici. Hyperplosia glandularum mesenterii et retroperitoneal. Degeneratio parenchymatosa organorum. *Agenesia lienis.*

Микроскопическое исследование различных органов подтвердило макроскопический диагноз. Костный мозг и кровь не представляли никаких изменений. Предпринятые во время вскрытия исследования кровеносных сосудов—веточек art. coeliacae, отходившей на своем обычном месте, дало следующую картину, в общем сходную с данными д-ра Sternberg'a: из 3 стволов, на которые разделялась art. coeliaca, ствол соответствующий art. lienalis отличался незначительным диаметром, был вдвое тоньше других и, разбившись на несколько веточек, терялся в хвосте поджелудочной железы, предварительно дав небольшую веточку в сторону желудка. Невозможность наин'екцировать сосуды не позволила проследить эти тонкие веточки. Таким образом селезенка отсутствовала, как на ее обычном месте, так и в брюшной и грудной полостях, а на ее месте находилась flexura colica lienalis. Брю-

шина в этом месте была гладка, блестяща и не обнаруживала ни свежих, ни старых воспалительных явлений. Из скудных анамнестических данных удалось только выяснить, что в молодые годы наша больная перенесла перемежающуюся лихорадку, вообще же болела мало, хотя и не отличалась особенно крепким здоровьем и только в последние 2-3 года у нее появились признаки недостаточной функции почек, заставлявшие ее обращаться к врачебной помощи. Итак, в данном случае надо признать врожденное неразвитие селезенки (agenesia lienis,) что однако позволило больной дожить до 60 л., совершенно не чувствуя отсутствия этого органа. Не признавать за селезенкой никакого значения, конечно, нельзя, но надо думать, что при врожденном отсутствии ее другие органы настолько полно и совершенно исполняют ее работу, что организм, как целое, не страдает, нормально развивается и даже не особенно подвержен инфекционным заболеваниям, как это видно из анамнестических данных всех описанных до настоящего времени случаев agenesia lienis.

Литература.

1. Mosler. Patologie und Therapie der Leukämie, 1872.
2. Malassez. Gaz, med. de Paris 1878 г.
3. Виноградов. Врач 1883, №№ 6 и 7.
4. Курлов. Врач 1889 и 1892 гг.
5. Емельянов. О значении селезенки в отношении морфологического состава крови и о влиянии ее удаления на кровь и на костный мозг. Дис. СПБ. 1893.
6. Лауденьбах. Диссертация 1894 г.
7. Told. Цит. по Sternberg'у.
8. Sternberg. Virchow's Archiv B. 173. 1903 г.
9. Glinsky. Przegląd lekarski 1906.
10. Груздев. Врожденное отсутствие селезенки. Медицинские прибавления к морскому сборнику. Апрель 1908 г.

К вопросу о слоновости на почве туберкулеза.

ОРДИНАТОР Ю. М. ИРГЕР.

Из хирургической пропедевтической клиники Белорусского Государственного Университета. (Директор, профессор М. П. Соколовский).

Туберкулез, как распространенное заболевание дает очень много осложнений, но не все они изучены подробно. Одно из довольно редких осложнений туберкулеза—это слоновость кожи и подкожной клетчатки. Чаще всего слоновость присуща восточным народам, имея характер эндемического заболевания. Известно, что на островах Самоа этой болезнью поражены около 50% жителей. Manson и другие исследователи во всех этих случаях доказали, что причиной слоновости являются паразиты крови, fil aria sanguinis. В этих случаях паразиты закупоривают мелкие лимфатические и кровеносные сосуды, что ведет к гипертрофии кожи и подкожной клетчатки. В европейских странах слоновость является отнюдь не частым заболеванием и, как Спасокукоцкий справедливо указывает, этиология в большинстве случаев неясна. Поспелов видит причину слоновости в расстройстве вазомоторов. Многие авторы отмечают появление слоновости, как следствие рожистого воспаления, иссечения лимфатических желез, тромбоза крупных венозных стволов, вследствие застоя крови и лимфы, от чего бы они ни зависили. Совершенно отдельно стоит вопрос о слоновости, как осложнение туберкулеза. Многочисленные авторы, писавшие как о слоновости, так и о туберкулезе, почти не упоминают о связи между обоими заболеваниями.

В нашу клинику за 1923 год поступило трое больных со слоновостью, где паталого-гистологические препараты и клинические наблюдения дали нам возможность доказать, что в основе этого заболевания лежит туберкулезная инфекция у наших больных.

Один больной со слоновостью половых органов на почве туберкулезной язвы заднего прохода, а остальные двое больных со слоновостью нижней конечности на почве кожного туберкулеза. Переходим к описанию истории болезни.

1-й случай. Больной Д. Б. 34 лет поступил в пропедевтическую хирургическую клинику Б. Г. У. 4 октября 1923 года с жалобами на постоянные запоры, боли во время испражнений, выделение через задний проход гноя, иногда крови и на слоновость покровов мошонки полового члена.

Больной по профессии сапожник, женат и имеет здорового сына и жену. Отец и мать умерли от неизвестной причины. Туберкулезных родственников не отмечает в семье. Органы дыхания, мочеиспускания и кровообращения—в норме. Температура нормальная. Общее состояние больного удовлетворительное, телосложение правильное, кожные покровы бледны. Недели за 2-3 до поступления в клинику больной стал замечать, что кожа мошонки и полового члена стала утолщаться и увеличиваться. За несколько месяцев до этого у больного прекратилась эрекция. Больной отмечает, что несколько лет тому назад появились постепенно боли в области кишек и постоянные запоры. Год тому назад по поводу этих болей больной был оперирован местным хирургом, который обнаружил на расстоянии 30-40 см. от duodeni на тощей кишке стенозирующую кишку опухоль и увеличенные железы в близлежавшей брыжжейке; был наложен entero-entero anastomosis, после чего все болезненные явления исчезли.

При осмотре anus'a обнаружено, что с левой стороны заднего прохода на границе слизистой и кожи имеется язва продолговатой формы см. 3 длиной с изрытыми краями; верхний полюс язвы тянется по направлению к прямой кишке. Дно язвы серовато розового цвета, покрыто гнойным налетом. Язва болезненна при давлении. Никаких свищей по соседству с язвой нет. Кожа и подкожная клетчатка мошонки и полового члена утолщена, тверда и сморщена. При пальпации эта область не болезненна, об'ем мошонки доходит до величины детской головки. Половой член имеет отчасти изогнутую форму, выпуклостью влево, толщина его в диаметре доходит приблизительно до 6 см. Следует отметить, что левая половина полового члена и мошонки (соответственно стороне язвы) заметно увеличены в сравнении с правой половиной. Паховые железы увеличены больше с левой стороны, нежели с правой стороны. Язва в области anus'a, по словам больного, появилась месяца два тому назад до поступления в клинику, увеличиваясь, вызывала боль при испражнении. Исследование мокроты, испражнений на присутствие туберкулезных палочек дали отрицательные результаты. Исследование крови: гемоглобин 70%, лейкоцитов 5.600, эритроцитов 4.900.000, лейкоцитарная формула: нейтрофилов 34%, м.-лимфацитов 43%, бол.-лимфацитов 3%, переходных 20%. Реакция Вассермана дала отрицательный результат. Консервативные средства в виде прижиганий язвы acid carbol. liquef, cuprum sulfur. 15%, Arg. nitr. не дали никакого эффекта. Об'ем машонки и полового члена стали тем не менее увеличиваться. Больному была предложена операция, на которую он согласился.

22 октября под хлороформенным наркозом нами была произведена операция: края язвы на границе со здоровыми тканями обведены ножом, с внутренней стороны края язвы доходят до слизистой оболочки, язва выделена вплоть до здоровой ткани, тщательная остановка кровотечения. Наложены 4 наружных шва и несколько шелковых швов на кожу. Препарат язвы проведен через фиксирующие жидкости и залит Altman'овской смесью. Окраска Haematoxylin-Eosin. Под микроскопом видны большое количество туберкулезных бугорков с многочисленными гигантскими клетками в разных стадиях развития, в центре препарата распад бугорков. Через несколько дней после операции расхождение поверхностных швов и заживление раны per granulationem. Через 10 дней после операции можно было уже наблюдать значительное уменьшение об'ема половых органов, кожа их стала более мягкой и эластичной. Через 2 недели восстановилась эрекция, которая отсутствовала в течение нескольких месяцев до операции, общее самочувствие значительно улучшилось. Через 1 месяц и 16 дней больной выписался.

5 февраля 1924 года, т. е. через $1^1/_2$ месяца больной снова явился в клинику с жалобами на появление новой язвы 3 недели тому назад у переднего края anus'a у корня мошонки, но ближе к правой стороне. Стали постепенно увеличиваться и утолщаться покровы мошонки и полового члена. При осмотре обнаружено: в области заднего прохода спереди имеется небольшая язвочка диаметром 1-2 см. неправильной формы с изрытыми краями, красноватого цвета; дно язвы на $^1/_2$ см., слубже уровня кожи. Язва подходит к корню мошонки. Свищей по близости не наблюдается. Penis утолщен раза в три против нормы. Область мошонки и полового члена безболезненна. С левой стороны anus'a имеется рубец - след бывшей операции. Постоянные запоры. При исследовании пальцем per rectum не обнаружено никаких рубцов и опухолей в области прямой кишки. Ректоскопическое исследование также не обнаружило в области прямой кишки никаких из'язвлений. Больному нами была вторично произведена операция: область язвы и рубцовой ткани анастезированы $^1/_2$% Novocoin'ом. Овальным разрезом обведены края язвы и рубцовой ткани до границы со здоровыми тканями. Язва и рубцовая ткань удалены, наружные кэтгутовые швы и швы на кожу. Гистологический препарат язвы также обнаружил многочисленные бугорки, находящиеся в разных стадиях дегенерации, также ясно видны гигантские клетки, в центре бугорка виден некроз. Через несколько дней сняты швы. Заживление per granulationem. В дальнейшем незначительное уменьшение об'ема покровов мошонки и полового члена. Рана медленно рубцуется. В виду незначительного уменьшения слоновости половых органов больному предложена операция лимфангопластики по способу профессора М. П. Соколовского, больной от операции отказался и отправлен на курорт.

Вопрос о том, каким путем инфекция проникла к anus'y должен быть решен в том смысле, что первоисточником, повидимому, является тонкая кишка, которая 2 года тому назад вызывала болезненные явления, вследствие чего понадобилась операция, при которой найдена была стриктура в области тощей кишки. Остальные кишки не были затронуты туберкулезным процессом, как выяснилось при лапаротомии.

Интерес здесь заключается в том, что стриктурой на почве туберкулеза поражается нижний отдел повздошной кишки. Арбузов (1913 г.) собрал 130 случаев стеноза ilei и лишь в 32 случаях стеноз был одиночным. У нашего же больного был одиночный стенозирующий рубец на тощей кишке немного ниже 12—перстной кишки. Никакие суб'ективные или об'ективные данные не говорили за возможность дальнейшего обсеменения кишек. Повидимому, инфекция проникла из

кишечника до anus'а, где осела и вызвала образование туберкулезной язвы. Легкое, как первоисточник инфекции, приходится также исключить, т. к. суб'ективные или об'ективные данные не говорили за наличность туберкулезного процесса в легких. Имеются много сторонников, которые считают, что первыми воротами для туберкулезной инфекции являются дыхательные пути, но наблюдения других авторов инфекция проникает через пищеварительный тракт в легкие: через стенки кишек в лимфатические мезентериальные железы, лимфатические сосуды, ductus thoracicus, кровь, легкие. Понятно, что инфекция, попадая через кишечник, должна частью и задерживаться в кишечнике.

Причину слоновости в нашем случае нужно себе об'яснить следующим образом: туберкулезная язва находилась спереди и с боку от anus'а. Инфекция, благодаря тесному соседству с мошонкой по току лимфатических сосудов, была занесена в кожу мошонки, откуда инфекция направилась к месту впадения лимфатических сосудов мошонки, т. е. к паховым железам обоих сторон, вызвав образование туберкулезного лимфаденита паховых желез; последние в свою очередь обусловили застой во всей лимфатической системе мошонки и полового члена. Подобный хронический лимфаденит происходит (Пожарийский), главным образом, путем периферического разрастания за счет окружающей жировой клетчатки таким образом, что ретикулярные капсулы врастают в жировую ткань. В доступной нам литературе мы нашли лишь описание Dujarier и Garoche, у которых был 1 случай слоновости половых органов, развившейся на почве туберкулезного перерождения паховых лимфатических желез; это заболевание они назвали туберкулезным элефантиазисом.

2-й случай. Больная Ю. С. 25 лет поступила в хирургическую клинику 2-го мая 1923 года с жалобами на сильное утолщение всей левой нижней конечности, на боли и на язвы на этой конечности. Больная занимается домашним хозяйством, девица; отец, мать, брат и 3 сестры здоровы. Со стороны органов дыхания, кровообращения и мочеиспускания никаких отклонений от нормы. 10 лет тому назад болели глаза следствием чего образовалось незначительное помутнение. 15 лет тому назад больная впервые заметила сначала на левой голени, а затем на бедре красные пятнышки незначительной величины похожие на бляшки. С течением времени бляшки медленно увеличивались и захватывали новые участки ноги. 5 лет тому назад стала замечать, что левая нога стала утолщаться, сначала голень, а затем бедро. В первое время больная не обращала внимания на это утолщение,е а за тем по мере увеличения толщины ноги движения стали труднее, появились тупые боли.

При осмотре левой нижней конечности обращают внимание многочисленные бляшки на голене и бедре, из'язвившиеся инфильтраты кожи. Значительное увеличение толщины левой ноги в сравнении с правой ногой. Кожа на больной ноге напряжена. Реакция Вассермана дала отрицательный результат. Реакция Pirquet—резко положительный результат. Иодистые препараты в течение месяца не дали никакого эффекта. Микроскопическое исследование вырезанного кусочка кожи обнаружило присутствие гигантских клеток, характерных для туберкулезного бугорка. Дерматолог клинически поставил диагноз lupus vulgaris.

Размеры конечностей до операции:

Бедро:

здоровое (правое)	больное (левое)
на 10 сан. выше колена 46 сан.	на 10 сан. выше колена 49 сан.
на 20 сан. выше колена 52 сан.	на 20 сан. выше колена 56 сан.

Голень:

здоровая (правая)	больная (левая)
на 10 сан. ниже колена 36,5 сан.	на 10 сан. ниже колена 40,0 сан.
на 20 сан. ниже колена 35,0 сан.	на 20 сан. ниже колена 38,5 сан.
над лодыжками . . . 31,5 сан.	над лодыжками . . . 35 сан.

На основании вышеизложенного был поставлен диагноз слоновости нижней конечности на почве кожного туберкулеза.

8 мая профессором М. П. Соколовским была произведена операция по способу им выработанному.

„Разрез выше пупка длиною в 3 сан. по средней линии. После вскрытия брюшины извлечен сальник, из него вырезана полоска длиною в 18 сан., содержащая в центре кровеносный сосуд. Слева выше пупартовой связки сделан косой разрез, длиною в 3 сан. Апоневроз наружной косой мышцы рассечен по ходу своих волокон, мышечные волокна внутренней косой мышцы тупо раздвинуты по ходу своих волокон, вскрыта брюшина. В полость брюшины погружен один конец сальника. На бедре корнцангом проделан ход в подкожной клетчатке. У конца этого хода, в конце бедра сделано отверстие. Во вновь образованный ход в подкожной клетчатке проведен сальник, один конец которого, как выше было упомянуто, был опущен в брюшную полость".

Принцип этой операции и заключается в том, чтобы дать возможность, благодаря отсасывающей способности сальника, оттоку лимфы из нижней конечности и, таким образом, уменьшить толщину этой конечности.

2-й момент операции заключался в следующем:

«На наружной поверхности голени проведен разрез, длиною в 10 сан. Кожа утолщена, подкожно-жировая клетчатка плотна. Из нее, как из губки, течет лимфа; апоневроз, покрывающий мышцы, утолщен, в нем сделано окно, выкроен лоскут из подкожной клетчатки и введен в это окно между мышцами. Узловые швы. Раны зажили per primam.

Через месяц после операции. Об'ем больного бедра почти не отличается от здорового. Об'ем голени несколько уменьшился, но как только больная стала ходить, голень стала утолщаться и дошла до прежней величины. В промежутке между операциями больная лечилась солнцем. За это время зарубцовывались многие кожные раны.

23 июня профессором М. П. Соколовским была произведена дополнительная операция:

На внутренней стороне голени разрез длиною в 10 сан. сделана лимфангиопластика по Оппелю.

30 июня. Незначительное нагноение в швах. Об'ем голени значительно уменьшился.

20 июля. При выписке обнаружено, что левая голень значительно уменьшилась в об'еме и почти не отличается от здоровой. Язвы уменьшились. Выписывается для продолжения солнечного лечения.

Размеры левой (больной) ноги при выписке:

Бедро:	Голень:
на 10 сан. выше колена 46 сан.	на 10 сан. ниже колена 37 сан.
на 20 сан. выше колена 52 сан.	на 20 сан. ниже колена 35 сан.
	над лодыжками . . $32\frac{1}{2}$ с.

Таким образом после этой операции получилось значительное уменьшение об'ема всей нижней конечности.

3-й случай. Больной И. Г., 15 лет, поступил 5 июня в клинику с жалобами на значительное утолщение всей правой голени, ступни и язвы, которые расположены на этой конечности. Больной занимается хлебопашеством, имеет здоровых родителей, братьев и сестер.

Со стороны органов дыхания, кровообращения никаких отклонений от нормы. 7 лет тому назад в области плюснефалангового сустава I пальца правой ноги образовались незначительного размера пятна, темно-коричневого цвета. Подобные пятна года через 2 стали появляться на ступне и по всей поверхности голени. Эти пятна затем перешли в бляшки серо-коричневого цвета. Области расположения бляшек шелушились, а затем снова появлялись бляшки. К этому времени и относится медленное утолщение всей кожи и подкожной клетчатки на голени и ступне. При осмотре этой конечности можно видеть, что на передней и боковых поверхностях правой голени, отчасти и на задней поверхности имеются бляшки сероватo-коричневого цвета; по снятии бляшек обнажаются язвенные поверхности. На ступне и пальцах этой ноги расположены подобные же бляшки в виде островков. Вся эта область безболезненна. Реакция Pirquet дала положительный результат. Размеры этой конечности в сравнении со здоровой следующие:

Правая голень (больная)		Левая голень (здоровая)	
У нижнего конца patella .	. 32 сан.	У нижнего конца patella .	. 28 сан.
Середина голени . .	. 35 „	Середина голени . .	. 26 „
Голено-стопный сустав .	. 36 „	Голено-стопный сустав .	. 30 „
Уровень плюсно-фаланговых суставов . . .	. $25\frac{1}{2}$ „	Уровень плюсно-фаланговых суставов . . .	. 23 „
Коленный сустав . .	. 32 „	Коленный сустав . .	. 31 „

Таким образом, мы видим значительное утолщение правой голени и ступни.

Больная нога в течение некоторого времени подвергалась рентгенизации, действию общих ванн и солнечных ванн, но, кроме частичной эпителизации язвенных поверхностей, никакого уменьшения об'ема не наступало. От операции больной отказался.

Диагноз данного заболевания: слоновость на почве туберкулеза. При слоновости паталого-анотомически процесс представляется в следующем виде (Aschoff): усиленное развитие соединительной ткани кожи и подкожной клетчатки. Эластические волокна уменьшены. Кровеносные сосуды в глубоких слоях сопровождаются периваскулярной мелкоклеточной инфильтрацией. Стенки все утолщены, частью тромбозированы. Лимфатические сосуды расширены. Соединительная ткань имеет довольно плотную консистенцию. Потовые и сальные железы атрофируются при давлении. Гладкие мышечные волокна гипертрофируются. В доступной нам литературе, как мы уже указали, имеется лишь один случай Dujarier и Garoche, которые описали слоновость половых органов на почве туберкулезного перерождения лимфатических желез. Больше упоминаний на связь между обоими заболеваниями нам не удалось найти.

1-й наш случай представляет интерес в том отношении, что 1. слоновость половых органов явилась следствием туберкулезного процесса, что нами доказано микроскопическим исследованием;

2) изолированная стриктура в области верхней части jejuni;

3) изолированные язвы туберкулезного характера у мужчины в области заднего прохода.

Во 2-м и 3-м случаях мы также доказали несомненную связь между туберкулезом и слоновостью.

3 случая слоновости на почве туберкулеза в течение одного года, повидимому, не случайная находка, а потому при всех случаях слоновости следует обратить внимание на возможность туберкулезного происхождения. Только паталого-гистологическое исследование и клиническое наблюдение могут помочь обнаружить туберкулезную инфекцию при слоновости чаще, нежели об этом многие думают.

Литература:

1. Проф. А. Б. Арапов. Повреждения и заболевания мошонки и яичек. Русская хирургия 1916 г.

2. Проф. М. П. Соколовский. Лимфангиопластика, как метод лечения слоновости. Доклад на 16-ом с‘езде российских хирургов 1924 г.

3. J. Aschoff. Pathologische Anatomie 1909 г.

4. Tillmans. Руководство по частной хирургии 1914 г.

5. Kümmel. I'ber hochgelegene Mastdarmstricturen 1896 г.

6. Фейнберг. К казуистике первичной туберкулезной язвы прямой кишки у мужчины. Нов. Хир. Арх. № 11 1923 г.

7. Пожарийский. Основы паталогической анатомии 1919 г.

О задачах нервной клиники.

(По поводу открытия нервной клиники Белорусского Государственного Университета).

Профессор М. Б. КРОЛЬ.

Нервная клиника, которой прежде всего вверено нервное здоровье населения, осуществляет свою основную задачу, как каждая клиника, в разных направлениях, являясь учреждением лечебным, учебным и исследовательским.

I.

Может показаться излишним говорить о роли нервной клиники в деле *лечения* нервно-больных. На самом же деле есть ряд спорных и важных вопросов, которые заслуживают того, чтобы их здесь поставить и решить со всей определенностью. Прежде всего вопрос о пределах компетентности нервной клиники, другими словами: все ли нервно-больные имеют право на госпитальное лечение в нервной клинике? Часто к невропатологам направляются больные с жалобами на то, что болезнь их „на нервной почве". Я здесь имею в виду преимущественно тех больных, у которых то или иное *страдание внутренних органов или кожи* обусловливается заболеванием вегетативной нервной системы. Сюда относятся, так называемые, неврозы желудка: кардиоспазмы, сосудисто-сердечные неврозы, „нервные" экземы, „нервные" лишаи и т. п. Этот перечень можно было бы значительно увеличить. Повидимому и бронхиальная астма и грудная жаба зависят от дефектов вегетативной нервной системы. И даже артериосклероз в известном, по крайней мере, числе случаев вызывается повышением кровяного давления, в свою очередь являющегося функцией вегетативной нервной системы. Последние успехи хирургии в этой области после иссечения симпатических нервных узлов еще более подтверждают суверенность невропатологии во всех этих заболеваниях. Какова же должна быть роль нервной клиники в лечении всех этих заболеваний в сущности внутренних органов? Прежде всего нельзя упускать из виду, что проблемы патогенеза всех перечисленных болезней почти что не вышли еще из стадия постановки вопроса. Многие стороны этой проблемы еще ждут своего разрешения. И, конечно, невропатологии, более чем иной науке, призванной заниматься и вегетативной нервной системой, придется сказать свое веское слово по поводу всех этих проблем и уделить им определенное место в смысле изучения для диагноза и соответствующего лечения. Тем не менее со строго клинической точки зрения, наиболее для нас здесь важной, все эти заболевания следует отнести к внутренней, resp. к кожной клинике. В клинике нас преимущественно интересует дифференциальная диагностика. Она является осью, вокруг которой протекает вся клиническая работа. Поэтому, когда роль идет о заболевании внутренних органов и даже их нервных аппаратов, первое слово в вопросах дифференциального диагноза при-

надлежит интернисту. Возможно, что в будущем теперешняя дифференциация клинических дисциплин уступит место интегрированию, и будет одна единая медицина или одна единая клиника. („Назад к Гиппократу!“). Тогда вся данная постановка вопроса сама собою отпадет. Но тогда лица, стоящие во главе подобных клиник или лечебных учреждений, да и вообще все врачи в значительно большей степени, чем теперь должны будут иметь хорошее невропатологическое образование. Об открывающихся в этом направлении перспективах учебной роли нервной клиники не здесь место говорить. Здесь установим лишь, что в настоящее время все заболевания внутренних органов, даже если в основе их лежат дефекты нервной системы, как правило, должны лечиться во внутренней клинике. Роль нервной клиники в таких случаях может быть лишь подсобная, более в смысле применения некоторых специальных методов исследования и лечения.

Другую границу нужно провести по отношению к другой соседней клинике, а именно к *психиатрической*. Несомненно есть ряд больных, особенно из области психастении, психопатии, которые относятся к пограничным областям психиатрии и невропатологии. И часто не легко разрешать спор о том, к кому относится данный больной. Однако было бы крайне неправильно, если бы нервная клиника стала помещать больных, которые требуют специального ухода и психиатрической обстановки. Сюда относятся циклотомики и более резкие формы маниакально-депрессивного психоза. Чтобы предупредить возможные трагические исходы подобных заболеваний требуется специально вышколенный персонал и специальный режим, в основе которого главным образом лежит подходящее размещение больных в отделенных и изолированных друг от друга помещениях. Обычное нежелание близких больного помещать его в психиатрическое учреждение и страх перед ужасами последнего должны заставить тех, от кого это зависит сделать все возможное для того, чтобы население имело такое современное культурное психиатрическое учреждение, которое наводит не страх и не ужас, а является действительно убежищем и отдыхом для больной души. И с полным правом можно сказать, что культурность народа измеряется его попечением о душевно-больных. В виду всего этого важнейшим условием нормальной работы нервной клиники является образцово-оборудованная психиатрическая клиника.

Другой важный вопрос касается *конечной стадии* заболеваний нервной системы. Часто неправильно эти формы называются хроническими. Но к последним следует отнести лишь те, где заболевание исподволь развивается, тянется годами, явно прогрессируя и постепенно доводя человека до инвалидности. Сюда относятся опухоли нервной системы, сирингомиэлия, прогрессивные мышечные дистрофии, некоторые формы множественного склероза, сифилиса нервной системы, некоторые сосудистые заболевания мозга и т. д. В отличие от этих хронических болезней к конечным или исходным стадиям заболевания нервной системы следует отнести прежде всего значительную группу инвалидов войны, далее многочисленные жертвы нервных осложнений после эпидемий тифа, гриппа, энцифалита, менингита, детского паралича и т. п.

Очевидно, что принципиально клиника нервных болезней должна заботиться и об этих категориях больных. В нервной системе имеется безконечное обилие запасных элементов, наш клинический опыт говорит нам о стольких компенсаторных возможностях организма и нервной системы, в частности, что об „исходах“, о „конечных“ стадиях заболевания следует говорить в сущности лишь с точки зрения патологической анатомии. Клинически же и практически нужно считаться с возможностью больших компенсаций, степень которых зависит

от многих условий как самого больного, его возраста, конституции и т. д., так и от характера заболевания и не в последней мере от лечения. Выяснение возможностей таких компенсаций когда нибудь несомненно составит интереснейшую главу экспериментальной терапии. И конечно, и невропатологии принадлежит самое важное место в изучении подобных явлений и лечении подходящих больных. Тем не менее нельзя не считаться с целым рядом практических соображений, значительно с‘уживающих роль нервной клиники в лечении подобных заболеваний. Не только у нас в России, но и всюду заботы о подобных инвалидах лежит обычно на обязанности органов специального обеспечения. Для них строятся специальные учреждения, снабженные специальными аппаратами.

Нервная инвалидность в значительном числе случаев зависит от дефектов двигательного аппарата. Поэтому подобные учреждения должны иметь полную аппаратуру механо-терапии. При ограниченности мест в нервной клинике и сравнительной многочисленности лиц указанных категорий нервная клиника может оказывать подобным больным лишь амбулаторную помощь. Лишь в исключительных случаях, где речь может итти о какой нибудь специфической помощи в виде напр., хирургической или ортопедической для предварительного более подобного изучения необходимо подобного больного на некоторое время положить. В массе же подобные инвалиды должны лечиться в специальных учреждениях, и роль нервной клиники по отношению к ним преимущественно консультативная. Только при необходимом оборудовании преимущественно механо-терапевтическими аппаратами нервная клиника в состоянии оказывать определенным категориям таких больных помощь в виде амбулаторного лечения.

Приблизительно в таком же положении оказывается нервная клиника по отношению *к хроническим больным.* Но такие больные нередко должны проделать такой стадий развития своей болезни, когда они подлежат клиническому наблюдению для выяснения характера болезни. Но кроме того в значительной части хронических нервных болезней медицина не должна довольствоваться постановкой диагноза. Здесь еще предстоит большая работа по клиническому изучению этиологии, патогенеза, течения таких болезней. Несомненно, часть подобных заболеваний должны будут в будущем вылечиваться по мере того как мы приблизимся к пониманию их этиологии и патогенеза. Сюда относятся хронические формы эпидемического энцефалита, рассеянный склероз и др., где бациллярная этиология более, чем вероятна.

Особо два слова об *эпилепсии.* И здесь жизнь показала, что наиболее правильным разрешением проблемы лечения эпилептиков является организация особых учреждений для эпилептиков. Но там, где таковых нет, нервная клиника не может игнорировать этой категории больных, и должна оказывать им амбулаторную помощь. В настоящее время мы знаем, какое разнообразие заболеваний кроется за „эпилепсией“, и какое требуется подчас основательное и подробное изучение больного прежде, чем решить вопрос о характере его эпилепсии. Поэтому определенную часть таких больных придется все же и госпитализировать. Однако вся масса эпилептиков также, как и вся масса хроников должны лечиться в специально для сих больных оборудованных учреждениях для эпилептиков и для хроников.

Мы переходим к большой группе нервно-больных, которых до сих пор принято квалифицировать как *фукционально-больных.* В каких формах нервная клиника должна оказывать помощь больным истерией или неврастенией и т. п.? Здесь следует исключить из компетенции нервной клиники тех, кто нуждается лишь в доме отдыха или в санатории. Ни по своему режиму, ни по методам работы нервная кли-

ника не должна и не может выполнять функций этих учреждений, имеющих свою специальную задачу. Нервная клиника сможет нормально функционировать лишь при наличии подобных учреждений. Что касается остальной массы функциональных нервно-больных, то громадное их число подлежит амбулаторному лечению. Только в исключительных случаях они нуждаются в госпитализации.

Многим может показаться странным, что приходится говорить о таких элементарных вещах. Но что для другой обстановки является странным и само собою разумеющимся, в нашей обстановке нуждается еще в осознании. Обстановка, среди которой приходится начать свою работу нервной клинике Б. Г. У. может быть охарактеризована, как созидательно-искательская. В смысле организации лечения нервно-больных Белоруссия представляет собою буквально tabula rasa, несмотря на неимоверное количество нервно-больных. С какими надеждами все буквально население ожидало открытия нервной клиники, всем хорошо известно. Но далеко не всем известно, как велики будут разочарования нервно-больного населения. И вот почему мы особенно считаем необходимым со всей определенностью указать на те крайне ограниченные перспективы, которые представляет нервная клиника в смысле госпитализации и клинического лечения. Уже одно ограниченное число коек (максимум 60) достаточно красноречиво говорит за то, что на клиническое лечение могут расчитывать лишь единичные случаи. И нужно тут же сказать, что такое незначительное количество коек не может удовлетворить потребности республики. Необходимо децентрализовать неврологическую помощь и приблизить ее к населению устройством нервных отделений в окружных и районных больницах. Нервная клиника получит может быть более сложные случаи, но во всяком случае она будет играть количественно очень незначительную роль в смысле госпитализации и в смысле клинического лечения. И для того, *чтобы эта роль не уменьшалась еще более, насущно необходимо, чтобы существовали благоустроенная психиатрическая клиника, дома отдыха и санатории, больницы для хроников, в частности для эпилептиков и учреждения для инвалидов.*

Значительно большую роль придется играть нервной клинике в деле *амбулаторного лечения.* Помимо консультативной работы, придется амбулатории нервной клиники развить и амбулаторное лечение, пользуясь имеющимися при клинике физическими методами лечения. Здесь единственным пределом может быть лишь недостаточная емкость лечебных учреждений, как водо-или электролечебницы или ограниченное количество персонала.

Амбулатория, которая с одной стороны является преддверием в клинику, с другой стороны приобретает еще исключительное значение благодаря тому, что она является той ареной, где самые широкие слои населения приходит в прикосновение с нервной клиникой. И амбулатория должна быть тем рычагом, при помощи которого нервная клиника должна практически, реально улучшать нервное здоровье широких слоев населения. В этом отношении она должна по характеру своей работы приближаться к *диспансерному* типу. Должны изучаться условия быта, жизни и занятий больного и степень их значения в происхождении нервной болезни. В доступных пределах эти условия, по совету амбулатории должны видоизменяться в интересах нервного здоровья.

Слишком мало, почти ничего не писалось о том, что нервные болезни в значительной их части следует причислить к *социальным болезням.* Не менее туберкулеза и сифилиса распространены нервные болезни, в значительной части стоящие в связи с истощением нервной системы (Edinger). Бывают периоды в жизни народов, когда заболе-

вания нервной системы достигают ужасающих размеров. В таких случаях можно, без преувеличения, сказать, что почти у всех ста процентов населения нервная система функционирует неправильно. Кроме общих нервных симптомов, характеризующихся потерей душевного равновесия и уменьшением работоспособности, малоценность нервной системы сказывается еще в том, что в эти годы появляются эпидемии, обычно человечеству незнакомые и поражающие те участки нервной системы—основные мозговые ганглии,—которые играют особенно большую роль в аффективной жизни и наиболее всего в эти периоды травматизируются. Последние эпидемии энцефалита, бывшие совершенно незнакомыми современному поколению врачей, в течение истории уже повторялись и каждый раз в связи с рядом длительных социальных катастроф, войн, голода и т. п. Перечисленные социальные бедствия ведут к большей ранимости нервной системы и к большей восприимчивости к подобным заболеваниям; но и вне последних ранимость нервной ткани сказывается в целом ряде симптомов тяжелого нервного истощения. Но и кроме этих исключительных эпох безконечно много моментов повседневной жизни являются вредителями нервного здоровья. Сюда относятся: ненормальное распределение рабочего дня, переутомление, несоответствие избранной профессии, целый ряд привычек, значение которых сплошь и рядом недооценивается, как курение, злоупотребление алкоголем, употребление ядов, как кокаин, морфий и т. п. Наконец к крайне частым вредителям нервной системы относятся и сифилис, туберкулез, гоноррея и т. п. Борьба со всеми этими вредителями нервной системы, в частности и с наркоманией, одна из самых существенных задач нервной клиники, относящаяся нестолько к области лечебной, сколько *профилактической*.

Профилактическое направление в медицине является старинным идеалом врача. За последнее время оно стало модным лозунгом. В значительной степени профилактика нервных, как и других заболеваний, состоит в улучшении жизненных условий населения, заботе о жилище, о вентиляции, канализации, водоснабжении, питании, отдыхе, улучшении быта, поднятии культуры и культурности. Все эти элементарнейшие предпосылки нервного здоровья—увы как далеки еще от осуществления особенно у нас в нашей белорусской действительности. И без них всякие проповеди и лозунги о профилактике являются гласом, вопиющим в пустыне. Тем не менее нельзя отрицать, что и при наших условиях убавление некоторых добавочных минусов уже будет определенным плюсом в смысле нервного оздоровления. Консультативная помощь в нервной амбулатории, направленная к тому, чтобы урегулировать образ жизни обращающихся за помощью, указать им на роль тех или иных вредностей, может часто во время предупредить развитие более серьезного заболевания. В частности нередко этим можно предупредить развитие более серьезной мозговой болезни при плохой сосудистой системе. В некоторых случаях хорошо в профилактическом отношении влияет и амбулаторное водолечение, нередко укрепляющее нервную систему.

Когда речь идет о профилактике нервных болезней, нельзя не упомянуть об одном факторе заболеваемости, а именно о *конституции*. Ей следует придавать особое значение именно в нервной заболеваемости. К этой же категории врожденных факторов заболеваемости относится также и национальный фактор. Нервные болезни, напр., у евреев получают совершенно иную окраску. Есть болезни, поражающие преимущественно представителей определенной национальности. Также и в семьях передаются по наследству предрасположение к тем или иным нервным заболеваниям. Может ли тут нервная клиника лечить, или даже предупредить болезни? Может ли она влиять на конституцию?

Здесь лечение и профилактика сводятся к вопросам *евгеники*, улучшения расы, семьи. Невполне утопична возможность нервной амбулатории влиять в этом смысле. На проявление того или иного конституционного типа влияет не только роковая передача, от поколения к поколению признаков предков, но также целый ряд моментов жизни родителей. Не будем здесь говорить о таких факторах, влияющих на потомство, как сифилис или coitus в пьяном виде. Тут происходит непосредственное ранение самого зародыша, или яйцеклетки. Но повидимому не без влияния на потомство остаются и занятие и профессия родителей. Это как будто противоречит взгляду о невозможности унаследования приобретенных признаков. Но по этому поводу один из лучших знатоков вопросов наследственности Johanusen, высказался в том смысле, что эта передача не доказана в условиях лабораторной обстановки, но принципиально она вполне допустима. Последние опыты из лаборатории *Павлова* еще более говорят в пользу такой возможности. Для выработки определенных условных рефлексов у мышей потребовалось определенное число повторений. Для выработки таких же условных рефлексов в следующем поколении понадобилось меньше повторений, в следующем еще меньше и т. д. Возвращаясь к вопросу о возможности влиять на конституционное расположение к нервным заболеваниям не только у данного суб'екта, но и его потомства, мы не можем отрицать значение прогрессии, его образа жизни, его навыков и т. п. Так напр. в этом смысле нельзя не приветствовать существующих в настоящий момент тенденций к наделению еврейского населения землею для колонизации. Не подлежит сомнению, что такое занятие не может не сказаться в хорошем смысле и на конституционных признаках будущих поколений. В этом отношении, хотя и в скромных рамках, нервная клиника и ее амбулатория сможет играть некоторую роль, не только в смысле профилактики, но и в смысле евгеники, если в ее консультативной работе будет обращено достаточно внимания и на эти проблемы.

II.

Об *учебной работе* нервной клиники следует здесь говорить лишь постольку, поскольку заслуживают быть подчеркнутыми некоторые особенности этой работы, выделяющие ее из других клиник факультета. Что же ее выделяет из других клиник факультета? Из чего проистекает особое положение нервной клиники? Исключительно из особых свойств нервной системы, являющейся предметом преподавания в нервной клинике. В отличие от всех других органов нервная система является высоко дифференцированным органом. Болезни печени, селезенки, почек, даже легких дают те же, или почти те же клинические симптомы независимо от того, где находится процесс, правее ли, левее ли, выше ли, ниже ли, более спереди или сзади. Ткань печеночная, почечная и т. д. не столь дифференцирована, чтобы от места локализации в ней процесса проистекали различные клинические картины. Не то в нервной системе. Здесь расстояние в 1—$^1/_2$ сант., а в спинном мозгу даже в миллиметр или даже в микроны дает совершенно различные клинические картины. Каждая нервная клетка, каждое нервное волокно в высокой степени индивидуализировано. Какой нибудь болезненный процесс в области напр. седьмого шейного сегмента спинного мозга—даст совершенно иную картину, если он локализируется в передних или задних рога, или же в белом веществе. Но и при локализации в передних рога картина будет иная, смотря потому, какие именно нервные клетки на этой высоте будут поражены. Из этого с очевидностью вытекает, что анатомия и физиология нервной системы особенно тесно связаны с клиникой. Клиника нервных болезней без

глубокого знания анатомии и физиологии нервной системы совершенно непонятна. Но и наоборот, глубокое знание анатомии и физиологии нервной системы невозможно без клиники. Функция нервных элементов центральной нервной системы у человека может изучаться только у больных. Только явления *выпадения* функции, или раздражения дают нам возможность судить о функции тех или иных элементов нервной системы. Из всего этого вытекает с очевидностью, что при нервной клинике, кроме основного клинического курса должен быть курс анатомии и физиологии нервной системы. Для организации подобного курса требуются все специфические приспособления, нужные для подобного курса и прежде всего соответствующие специалисты и лаборатории. Другая особенность нервной системы, являющаяся также причиною особого положения невропатологии среди клинических предметов состоит в том, что *гистологическая структура* нервной системы отличается исключительной сложностью, в связи с неясностью функций органа, также и большой неясностью. Так до сих пор неясна вполне роль глии, значение тех или иных клеток, не выяснено отношение кровеносных сосудов. Характер заболевания может иногда пролить свет на роль того или иного гистологического элемента, если-бы всегда можно было сопоставить изменение функции с тем или иным изменением структуры. Из этого вытекает необходимость органически связать нервную клинику с патологической гистологией. И действительно, при большинстве нервных клиник имеются свои патолого-анатомы, владеющие совершенно особой специфической техникой обработки нервной системы и умеющие читать патолого-анатомические картины. Очевидно, что и для нужд преподавания необходима специальная патолого-анатомическая лаборатория, как нужны и специальные паталого-анатомические курсы для тех, кто желает серьезно изучать невропатологию. Для этого нужно компетентное лицо, получившее специальную подготовку в этой области.

Дальнейшей особенностью нервной системы является ее *вездесущность*. Нет органа, не имеющего нервов и даже нервы имеют нервы. Поэтому невропатолог более, чем другой специалист должен считаться с возможностью заболевания любых органов. Специально для исследования нервов внутренних органов, для изучения вегетативной нервной системы, должны быть в клинике все необходимые приспособления. Сфигмография, плетизмография, химические и серологические исследования, необходимы для нормального преподавания нервных болезней.

Одной из важнейших особенностей заболеваний нервной системы является далее то, что изменения часто не поддаются ни измерению, ни счету, ни даже описанию, иногда они еле уловимы. Вы должны раз в жизни увидеть данную позу, данное движение, взглянуть на данную физиономию и вы на всю жизнь запомните, что эта поза, это движение, эта физиономия, эта походка характеризует именно данное заболевание. Поэтому, может быть нигде, как именно в невропатологии существует та особая прелесть, что, не распрашивая больного, Вы иногда по физиономии, по позе, по походке сразу имеете возможность заключить о жалобах больного, и нередко Вы не ошибетесь. Но, так как для преподавания необходимо иногда сопоставить разные типы заболеваний и не всегда счастливая судьба может Вам обеспечить в клинике или амбулатории все то, что Вам нужно в данный момент, то для преподавания невропатологии, крайне важно использовать *кинематографию*. Она хороша и для более четкого анализа движений, так как пропуская картины более медленно, Вы в состоянии разложить движение на ее элементарные составные части. Останавливая в любой момент аппарат, можно фиксировать любой момент движения. Полезный

в каждой клинике, кинематограф особенно необходим для преподавания невропатологии, в виду исключительного значения для диагноза позы, физиономии и движения больного.

Наконец совершенно исключительной особенностью нервной системы является то, что целый ряд тяжелых клинических симптомов со стороны нервной системы сплошь и рядом не сопровождаются никакими видимыми при наших методах обработки патологоанатомическими изменениями. Другими словами, ни в одной клинике мы не встречаемся со столькими болезнями, в основе которых *не лежат никакие анатомические изменения* органов. Правда по мере улучшения наших методов исследования число таких так называемых функциональных заболеваний уменьшается. Все же следует допустить возможность ненормального функционирования анатомически нормальных нервных элементов. Иногда может быть идет речь о химических аномалиях, еще чаще быть может ненормальная функция зависит от ненормальных включений или торможений со стороны разнообразных мозговых путей и областей. На все эти формы нервных заболеваний может быть проливает некоторый свет учение об условных рефлексах, которое в изучении неврозов детского возраста дало плодотворные результаты. Эта особенность функциональных нервных заболеваний представляет особые трудности при преподавании. Учащиеся должны приучаться к тщательному анализу болезненных симптомов, чтобы разрешить основной вопрос каждой нервной диагностики, имеется ли в данном случае органическое поражение или лишь функциональное. Но этот пункт приобретает значительно большее, можно сказать универсальное значение. Ибо не только всякая нервная болезнь и даже органическая, но *всякая* болезнь вообще сопровождается целым рядом симптомов функционального характера со стороны нервной системы. И учащийся в нервной клинике должен научиться вылущать эти функциональные наслоения, он должен научиться понимать всю сложную психику больного человека, он должен научиться вчувствоваться во всякого больного, он должен здесь научиться понимать людей вообще, понимать их реакции на то или иное явление вне их и внутри них. Но и еще более нервная клиника должна научить не только понимать людей, но и обращаться с ними. И не только потому, что tout comprendre c'est tout pardonner, но и еще потому, что иногда достаточно навести мысль больного на какую нибудь иную тему, достаточно иногда сказать то, нужное, слово, и нашему *нервному* больному, но и *любому* больному становится лучше, иногда достаточно одного взгляда, и больной видит, что его поняли. И наоборот неудачный оборот, неудачное слово, неудачный жест, и больной еще более несчастен, чем раньше. Нервная клиника должна научить, как обращаться с больными вообще, она должна выработать выдержку и в этом одна из ее существеннейших задач.*)

III.

Говорить о *научных*, об *исследовательских* задачах нервной клиники многим может показаться тавтологией. Научная работа настолько тесно связана с понятием клиники, что не нуждается ни в каком еще более подробном рассмотрении. Однако нередко раздаются голоса, и мне приходилось их слышать, что нам в настоящий момент не нужно заниматься в клиниках наукой, а нужно готовить практических вра-

---

*) Я здесь говорил исключительно о содержании преподавания и сознательно совершенно не касался методов преподавания. О них я говорил в статье: „к вопросу о методике преподавания на медицинском факультете". Белорусск. Мед. Мысль т. I. № 1. 1924.

чей. В другом месте (см. Бел. Мед. М. № 1) я говорил о том, что нельзя готовить хороших практических врачей, не приобщая их к научному мышлению. Поэтому я здесь остановлюсь лишь на вопросе, действительно ли является роскошью занятия наукою. Не трудно доказать, что нервная клиника своей научной деятельностью разрешает или приближает к разрешению целый ряд важнейших практических задач. На первом плане стоит борьба с болезнью или лучше с заболеваемостью. Изучая условия заболеваемости нервной системы, нервная клиника изучает свойства самой нервной ткани и кроме того все те вредности, которым нервная система особенно подвергается. В лабораториях анатомической, патолого-анатомической, клинической и серологической, экспериментально-физиологической нервной клиники должна вестись текущая научная работа по обогащению клинической симптоматологии, по выяснению патогенеза и этиологии болезни. Другой ряд научных работ должен вестись преимущественно по анкетному способу. Сюда относится выяснение характерных особенностей населения, ведущих к тем или иным заболеваниям нервной системы. Так в Белоруссии ряд нервных заболеваний встречается чаще, чем в других местах. Сюда относятся падучая болезнь, Базедова болезнь, амавротическая идиотия, некоторые формы наследственных и фамильных заболеваний, некоторые формы неврастении. Еврейское население особенно предрасположено к разного типа гиперкинезам. Будучи и в норме более аффективным, оно чаще заболевает теми болезнями, которые поражают участки нервной системы, стоящие в связи с эмоциональной жизнью. Причины, сущность этих особенностей надо изучить, надо выяснить. Для этого важно изучать конституцию в широком смысле этого слова населения вообще и болеющих нервными болезнями в частности. Вопрос за последнее время приобрел особенно большое значение. Но он имеет и непосредственно практический интерес. Существуют заболевания, не совместимые с другими. Так напр. замечено, что циклотимики не заболевают прогрессивным пораличем, что тубекулез несовместим с подагрой и т. д. С другой стороны выяснилось, что определенные заболевания особенно нервной системы не являются чем то чуждым, наносным для организма. Их надо рассматривать как количественное усиление, некоторое подчеркивание существующих в нормальном организме реактивных тенденций, различных, смотря по конституции. Сюда относятся многие заболевания вегетативной нервной системы, Базедов, раннее слабоумие, эпилепсия, маниакально-депрессивный психоз. Даже у здоровых представителей семейств, где встречаются перечисленные болезни, мы можем обнаружить элементы, зачатки всех этих болезней. И представители *разных* семейств, среди которых встречаются иные болезненные формы, по иному реагируют, иначе чувствуют, иначе воспринимают, иначе действуют, иначе спят, иначе работают, иначе отдыхают. Выяснение всех этих особенностей, стирающих в сущности грань между здоровым и больным, должно вести к совершенно новым диагностическим признакам, не говоря о том, что оно обогащает наше знание о биологии человека. Уже теперь при постановке дифференциального диагноза мы не игнорируем конституции человека. Но каждая местность, каждая национальность налагает свой отпечаток на конституцию, и выводы напр. Kretsclemes'а для швабского населения не абсолютно ценны для Белоруссии. И ясно, какая колоссальная научная работа предстоит в этом отношении нервной клинике Белорусского университета.

Не менее важно выяснение и *социально-бытовых* моментов, ведущих к той или иной заболеваемости. И здесь анкетный метод может дать кое-какие результаты. Правда данные следует использовать достаточно осторожно и критически. Сюда относится и выяснение зна-

чения профессии для той или иной болезни. Особенно среди нервных заболеваний профессиональный момент играет не последнюю роль.

Не менее важную практическую роль нервная клиника должна играть в изучении вопроса о нормальных условиях работы вообще и умственной в частности. Вопросы утомления и переутомления касаются правда всех органов. Однако, благодаря исключительной роли нервной системы, ее вездесущности, нервной клинике в этом вопросе принадлежит не последняя роль. С этим связаны и выбор профессии, и распределение рабочего дня и педагогические вопросы в смысле распределения уроков и занятий. В эту же педагогическую область нас ведут другие научные проблемы нервной клиники. Это вопрос о функции головного мозга. Несмотря на вековые занятия этой проблемой, она продолжает оставаться проблемой и доныне. Но неправ был бы тот, который из этой тщетности разрешения проблемы сделал бы вывод о ненужности ею заниматься. Почти все проблемы, которые нам ставит природа—в отличие от таковых, которые себе ставит человек—разрешимы лишь условно. Кажущееся разрешение одной ведет к возникновению другой. И проходят года, и открывается новый научный факт, и все разрешения наших проблем нуждаются в тех или иных поправках. Однако разрешать проблемы мы должны не только потому, что в этом вся прелесть жизни и научной в частности, но еще и потому, что для органической и плодотворной работы требуется в виде предпосылки единое цельное миросозерцание. С этой точки зрения работы по изучению функции мозга приобретают колоссальное значение для вопросов педагогики, политики, права и т. д. Органом, воспринимающим всю сложность жизненной обстановки, все ее изменения, является нервная система, как совокупность всех органов наших чувств как известных нам, так и неизвестных. Но мозг является и органом воздействующим на жизненную обстановку, реагирующим иногда каким нибудь немедленным действием, или нередко лишь образованием тех или иных более или менее прочных связей между отдельными областями нервной системы. Вся наша нервная система может быть сравнена с колоссальной кинематографической пленкой, на которой живая действительность, но не менее и мертвое прошлое не только индивидуума, не только его семьи и предков, но и бывших живых тварей вообще оставили свой неизгладимый след. При этом след не только от восприятий внешнего мира, но и от восприятий реакций самого организма. В той или иной комбинации, при том или другом жизненном случае тот или иной отрезок этой фильмы даст о себе знать. И мы в одном случае узнаем черты дедушки, в другом движении лазящей по деревьям обезьяны, в другом жест ящерицы, спасающейся от превратностей жизни тем, что притворяется мертвой, неподвижной, в другом случае в очаровательной улыбке—оскаление зубов хищника, увидевшего свою добычу. Педагог, политик, социолог, организатор, начальник, командир и т. д.—все они должны считаться с этими свойствами мозга воспринимать фиксировать внешние раздражения и в известный момент их воспроизводить. Пусть законы, по которым протекают эти процессы, могут быть раскрыты нами лишь условно, лишь с приближением, но они дают для каждого момента *практические указания для деятельности*, и их не должны игнорировать люди перечисленных профессий. Вся наука о физиологии мозга, о законах руководящих его деятельностью, получила за последнее время несказанное развитие. Работы Kappers'а в области сравнительной анатомии, Harrison'а и его школы в области экспериментального культивирования нервной ткани, Brodmann, C. и O. Vogt в области цито- и миэлоархитектоники мозга и экспериментальной физиологии на обезьянах, *И. Н. Павлова*, Magnus'а и Dusser de Barennes над

собаками и кошками, и наконец нейрохирургов Cushing'a и Foerster'a, изучавших локализации на мозгах живых людей во время операций—все это далеко оставило позади все. что нам казалось незыблемым в области деятельности мозга. Масса новых вопросов возникла в связи со всеми этими работами и работами многочисленных клиницистов, которых здесь и не перечтешь. И каждая нервная клиника должна участвовать в собирании новых материалов, в разработке всех этих вопросов, в проверке данных. И эта обширная научная работа не только даст нам возможность еще глубже взглянуть в тайны деятельности мозга, но она даст и непосредственные практические результаты в смысле *оздоровления населения, указаний для воспитания, управления и улучшения жизни людей.*

IV.

Особого внимания еще заслуживают задачи нервной клиники по отношению к *детям.* Необходимо учредить особое детское отделение клиники, чтобы изолировать детей от взрослого населения клиники. Нервная система детей отличается во многом весьма существенно от таковой у взрослого. Она подлежит особому лечению, особому изучению, и методы преподавания также несколько иные. При детском отделении помимо чисто лечебной работы должна быть развита широкая деятельность по консультативной помощи родителям и педагогам в вопросах воспитания и обучения умственно отсталых и трудных для воспитания детей. Эта крупная отрасль требует совместной работы невропатологов, психиатров, психологов и педагогов. Удастся ли ее организовать, зависит от того, найдутся ли помещения и нужные штаты.

V.

Для успешного выполнения особенно научных задач клиники одних штатных работников далеко недостаточно. Необходимо широко раскрыть двери клиники и ее лабораторий всем желающим в ней научно работать. Необходимо наконец организовать при клинике научное психо-неврологическое общество, которое было бы средоточием научной работы всех трудящихся в этой области.

VI.

Еще следует упомянуть об одной отрасли деятельности нервной клиники, которая до известной степени стоит в связи с ее задачами в области профилактики. По поводу нервного здоровья в публике существует невероятно мало правильных сведений и понятий. Это относится и к наркоманиям. Если о вреде алкоголя народ более или менее осведомлен, то вредное влияние табака мало кому знакомо. Еще менее известны самые элементарные сведения по нервной и умственной гигиене, о распределении рабочего дня, о питании и т. п. Необходимо устроить цикл *популярных лекций*, трактующих вопросы нервного здоровья, приспособляя темы к той или иной специально приглашенной аудитории, напр. для того или иного профессионального союза. Значение этих просветительных лекций не может быть оспариваемо, хотя не всегда и не легко удается провести в жизнь те или иные мероприятия, вытекающие из этих лекций. Особенно часто приходится слышать от ответственных работников, которым даешь тот или иной совет из области нервной гигиены, в ответ: „да разве мыслимо это выполнять"? Тем не менее заблаговременно принятые меры многих предохранили бы от тяжелых нервных болезней. И роль просветительных лекций в этом смысле может быть весьма существенной.

VII.

В заключение только два слова об одной из интереснейших задач нашей клиники. Во время пребывания моего заграницей и особенно за последние два года меня поражало в лабораториях то, что почти вся техническая работа выполняется не врачами, а специально подученным средним и даже младшим персоналом. У нас лабораторные служителя сидят лишь на черной работе. Необходимо, чтобы каждая лаборатория клиники воспитывала лабораторных работников из среднего и младшего персонала, которые могли-бы потом работать и в других лечебных учреждениях. От этого не только поднялась бы квалификация и уровень соответствующей профессии, но в значительной степени возросла бы и производительность данной лаборатории. Я напр. видел в Гамбурге в патолого-анатомической лаборатории Jakob'а служителя, только режущего на микротоме, другого, который красит по Weigert'у, третьего, производящего лишь клеточные окраски, сестер, из которых одна занимается Wassermann'ом, другая микроскопом и т. д. Все это, конечно контролируется и проверяется ответственным врачем. Мне думается, что этот путь при нашей бедности необходим для поднятия научной производительности наших лабораторий.

III-й Всесоюзный С'езд по борьбе с туберкулезом.

Д-р Дихтяр.

(Харьков 15—22 августа).

Вопросы, занимавшие внимание с'езда, можно схематически разбить на две основные группы: вопросы организационные, по организации общественно-профилактической борьбы с туберкулезом, и вопросы научного характера. Главные темы первой группы вопросов: роль и место диспансера в организации рабочей медицины, борьба с туберкулезом на селе, диспансерная работа.

Как и следовало ожидать и как соответствует содержанию вопросов, наиболее горячие прения возникли по первым двум темам. Единый центр борьбы с туберкулезом (тубсекций Наркомздрава) или несколько (Рабмед. Красный Крест, страховые кассы, транспортная медицина), закрытый или открытый диспансер, самостоятельный диспансер и диспансер, об'единенный с поликлиникой, амбулаторией— таковы пункты разногласий и споров. Э. М. Каган из Харькова в своем докладе („Основное направление и организационные формы противотуберкулезной деятельности Рабмеда“) пытался доказать целесообразность и необходимость подчинить работу диспансеров рабочим поликлиникам; представители транспортной медицины отстаивали необходимость существования специальных диспансеров для транспортников. Виткина из Ленинграда в докладе „о диспансерных ячейках при амбулаториях и пунктах охраны материнства и младенчества“ предлагала разгрузить работу диспансеров путем организации диспансерных ячеек при амбулаториях. С'езд высказался за единство руководства борьбой с туберкулезом, против закрытых диспансеров и диспансерных ячеек при амбулаториях. Диспансеры дожны строиться по принципу районирования, но отнюдь не по социальному признаку обслуживаемого населения—диспансеры должны быть открыты для всего трудового населения своего района.

Не менее живо с'езд откликнулся на доклад Наркомздрава Украины Гуревича („Борьба с туберкулезом на селе“). Украина в этой области имеет некоторый собственный опыт, правда не долгий, но достаточный для того, чтобы сам докладчик признал необходимым внести в него весьма важные коррективы. Это опыт организации диспансеров на селе. Там, где сельская медико-санитарная организация на высоте, „диспансером“ было названо прибавление к штату медучастка второго врача, сестры-обследовательницы и введение специального приема по tbc; в других местах, где сельский диспансер вел действительно соответствующую ему работу, он не привился и дал мизерную обращаемость (до 4 посещений в день); в тех же сельских местностях, где отсутствуют основные виды медпомощи, так называемый диспансер, volens-nolens, превратился в обыкновенную амбулаторию. Во всяком случае, с'езд высказался в том смысле, что борьбу с туберкуле-

зом на селе нельзя оторвать ни от врачебного участка, ни от общей санитарной работы. Кстати, с‘езд своим постановлением подчекнул важность участия в деле борьбы с туберкулезом санитарной организации, значение которой в этом отношении до сего времени не учитывалось полностью. Таким образом признано, что борьба с туберкулезом на селе должна вестись участком, который является центром всей медико-санитарной работы в деревне. Участок должен быть, конечно, соответственным образом реорганизован, работа его должна быть видоизменена, но к открытию специальных сельских диспансеров следует относиться крайне осторожно.

В отношении содержания и форм самой диспансерной работы (доклады Мунблита, Брамсона, Иевлева, сестры Запрудной, Лапина) на с‘езде отмечен наблюдающийся повсюду лечебный уклон, с которым признано необходимым всячески бороться, и не всегда достаточная связь с трудящимися. Последнее обстоятельство особенное значение имеет в Белоруссии, где только начинается широкое диспансерное строительство и где на эту сторону вопроса (организация тубячеек и комитетов социальной помощи) с самого начала необходимо обратить должное внимание.

К группе организационных должны быть отнесены также вопросы о подготовке квалифицированного кадра туберкулезных работников и об отборе туберкулезных больных для санаторного и курортного лечения. По первому из этих вопросов с‘езд согласился с мнением специальной комиссии о необходимости организации кафедры по туберкулезу и борьбе с ним и установления 3-х летнего стажа для туберкулезных работников (врачей); для сестер признано необходимым организовать 2-х годичные курсы. Однако до подготовки такого кадра остается необходимость в краткосрочных курсах и для врачей, и для сестер-обследовательниц. Что касается организации и техники отбора санаторных и курортных больных, то с‘езд категорически высказался за сосредоточение этого дела в органах здравоохранения (через диспансеры и комитеты специальной помощи при них). Здесь уместно отметить, что с‘ездом довольно единодушно осуждена „тяга“ на санаторные и курортные койки. Центром плановой борьбы с туберкулезом должна быть диспансерная организация, а с этой „тягой“ необходимо вести борьбу. Следует подчеркнуть, что о госпитализации туберкулезных больных с‘езд совершенно иного мнения. По докладу на эту тему д-ра Бейлина из Москвы, с‘езд пришел к такому заключению: острые и подострые формы туберкулеза, а также случаи с I с., II с. и III с. и в III подлежат госпитализации, которая должна быть построена на принципах и методике санатории; для хроников желательны трудовые общежития, патронирование на дому. Довольно одобрительно с‘езд высказался о ночных санитарках при диспансерах.

Значительное внимание с‘езд уделил детскому туберкулезу. Приняты постановления о созыве межс‘ездного совещания по детскому туберкулезу, о связи с органами охматмлада. Научной разработке вопросов на эту тему был посвящен ряд докладов: о классификации детского туберкулеза, Мочана из Ленинграда („Результаты обследования дошкольников и школьников Ленинграда“), Зейдмана („Туберкулез у детей без ясной локализации“), Фришмана („о хронических формах туберкулеза в раннем детском возрасте“), Фертик и Кацмана („о сухих плевритах в детском возрасте“ — частота заболевания, трудность диагноза, туберкулезная этиология, связь с трахеобронхаденитами и периаденитами“), проф. Киселя („Туберкулез и конституция“, „Инфантилизм и туберкулез“). Последний докладчик доказывал, что характерный habitus туберкулезных, инфантилизм являются результатами хронической туберкулезной интоксикации. Роль конституции при

этом совершенно не изучена, и совершенно неизвестны причины различного течения туберкулезного процесса у разных индивидуумов.

Иной взгляд на этот же вопрос развивал в блестяще построенном докладе проф. Штернберг (Ленинград). В его освещении конституция предопределяется корреляцией органов внутренней секреции. Каждому возрасту свойственна особая „эндокринная формула". Переход одной „формулы" в другую совершается не всегда и не у всех одинаково. При изменении корреляции или при удалении какой-либо эндокринной железы должно измениться отношение организма к болезни. Течение туберкулезного процесса зависит от эндокринной формулы. Частота туберкулеза костей, суставов, желез, серозных оболочек в детстве, а туберкулеза гортани, легких и кишечника у взрослых об'ясняется тем, что продукты отдельных эмбриональных листков в определенном возрасте обладают меньшей резистентностью в зависимости от той или иной эндокринной формулы. Таким образом открывается перспектива возможности влиять на отношение организма к заболеваниям, путем изменения корреляции желез с внутренней секрецией.

При всей вескости многих возражений, при недостаточной доказательности выводов учеников профессора Штернберга (их докладами он обосновал свои положения) о благоприятном течении процесса в легких при туберкулезе других органов—этот доклад занял несомненно центральное место среди всех научных сообщений на с'езде.

Ряд докладов был представлен из патолого-анатомического отделения Московского Тубинститута (прозектор—В. Т. Швайцер). Отметим доклад Зубина („микроскопическое и гистологическое исследования первичного комплекса в период изолированной чахотки по Ранке"). Из 95 случаев в 69,5% найден первичный комплекс в подавляющем большинстве случаев—в легких, в остальных—в кишечнике. Верхушка—сравнительно редкое место локализации первичного комплекса и частое для реинфекта. Лежа обычно субплеврально (не глубже 1—1½ см.), отличаясь и по своему патолого-анатомическому строению от реинфекта, первичный комплекс состоял из об'извествленного очага с тонкой фиброзной капсулой и из таких же очагов в цепи лимфатических желез, строго регионарных к очагу в органе по току лимфы.

Значительный интерес представляет доклад д-ра Абакслина из Абастумана („об анатомическом обосновании распространения туберкулезной инфекции по лимфатическим путям"). Вот некоторые выводы. Лимфатическая система шеи не имеет связи с системой грудной полости; лимфатическая система кишечника связана при посредстве мезентериальных желез с грудным протоком; отводящие пути бифуркационных лимфатических желез направлены в правую подключичную железу; левые трахеобронхиальные железы направляют лимфу в шейную часть грудного протока. Этим можно об'яснить большую частоту заболевания правой верхушки. Ретроградное течение лимфы невозможно.

Бактериологии, серодиагностике туберкулеза и вопросам иммунитета были посвящены доклады Цехновицера, Костырко, Гинзбурга, Борока. Полиморфизм туберкулезной палочки, реакция Безредко, местный и общий иммунитет—вот вопросы, занимавшие внимание с'езда. Д-р Панченков читал доклад об изоагглютинации крови при туберкулезе.

Из докладов, посвященных клинике туберкулеза, обращают на себя внимание: доклад профессора Коренева из Ленинграда („туберкулез позвоночника и его лечение"), который на основании 5-ти летнего опыта клиники хирургического туберкулеза Л. М. Ин-та рекомендует операцию костно-пластической фиксации задних отделов позвоночника, доклад Керцмана („о рубцовых хрипах") и доклад профессора Мелких из Минской клиники („внутриплевральное введение небольших коли-

честв воздуха для лечения начальных форм легочного туберкулеза"). Последний доклад представляет настолько большой интерес, в виду оригинальности взгляда на роль вводимого воздуха при пнейматораксе, что нелишне привести некоторые его тезисы:

1. „При оценке терапевтического эффекта искусственного пнейматоракса для лечения туберкулеза легких до настоящего времени главным образом принимается во внимание механический момент и совершенно оставляется в стороне свойство газа, вводимого в полость плевры.

2. При начальных формах верхушечного туберкулеза введение небольших количеств воздуха (100—150 куб. сан.) через 7—10 дней не с целью прозводить поджатие легкого, а лишь с намерением подвергнуть воздействию воздуха туберкулезную ткань легкого—дает хороший терапевтический эффект.

3. При лечении легочного туберкулеза искусственным пнейматораксом большое значение имеет именно то, что мы пользуемся для пнейматоракса исключительно воздухом".

Известное, а по мнению профессора Владимирова, историческое значение имеет доклад профессора Матвеева („взаимоотношения между туберкулезом животных и человека"), доказывавшего необходимость тесного сотрудничества ветеринарных и медицинских врачей для успешной борьбы с туберкулезом, т. к. „борьба с туберкулезом только человека—паллиатив, не искореняющий других источников туберкулеза для человека".

Наконец, несколько докладов были посвящены обследованию печатников (Койранский, Хмельницкий), подростков (Каган), медработников (Хесин). Как ни ценны и многочисленны материалы этих докладов, с'ездом все же решено обследование на туберкулез производить лишь после выработки единых схем и форм и при наличии высоко квалифицированного персонала, которому можно доверить обследование.

Отметим еще выступление на с'езде итальянского профессора Ферранини, который обрисовал постановку дела борьбы с туберкулезом в Италии и выразил свой восторг по поводу всего виденного им в этом отношении в Советском Союзе.

Вся работа с'езда, открывшегося в чрезвычайно торжественной обстановке, проходила под лозунгом „единения науки с трудом". Самый состав с'езда—(до 150 представителей—рабочих) и живое участие рабочей части с'езда в разрешении всех вопросов, разбиравшихся на с'езде, полностью оправдали этот лозунг. Несомненно, в этом заключается основной интерес с'езда и лучший залог того, что постановления будут проведены в жизнь.

Рефераты.

Внутренние болезни.

Naber die auffallende Abnahme der Chlorose—Von Prof.-Dr. Deneke D. M. W. 1924 Nr. 27.

Как известно, количество случаев хлороза за последние 25 лет резко упало. Так еще в 1901 году количество случаев по статистике автора составляют 16,2 ‰; до 1904 г. количество их колеблется, затем резко падает, так что в 1923 г. насчитывается только 0,15‰. Исследуя колебания хлороза параллельно с колебаниями моды, автор приходит к заключению, что причиною хлороза являлось ношение корсета. Такого же взгляда придерживался Meinert, считавший, что давлением корсета вызывается гастроптоз, косвенно влияющий на состав крови. Денеке видит причину хлороза в сдавлении корсетом печени и селезенки, каковые органы, как известно, являются главными распределителями обмена железа в организме.

В конце статьи автор высказывает уверенность, что с повторением прежних мод (а моды всегда повторяются) он сумеет доказать правильность своих выводов.

А. Поляк.

Gleichzeitige haemolitische Krisen in einen Familie als erstes Krankheitsymptom bei Icterus haemoliticus familiaris. Prof. Bentler.

(D. M. W. 1924 № 15).

Автор описывает три случая гемолитической желтухи у матери и 2-х дочерей, сопровождавшихся кризом. До криза болезнь у всех троих протекала латентно. Криз начался у всех почти одновременно внезапно рвотами и болями по животу. Наличие icterus haemoliticus установлено с несомненностью исследованием крови и пальпацией селезенки. Внезапное наступление криза автор трактует, „как коллапс костного мозга“ (Knochenmarkskollapsis). Картина крови в двух случаях напоминала миэлогенную лейкомию, в одном лимфатическую. Одна из больных погибла. Автор сообщает, что этой больной производилось вливание физиологического раствора, что, разумеется, способствовало гемолизу и без того нестойких эритроцитов.

А. Поляк.

Klinische Abhandlung über Blutkrankheiten von Prof. Seyderhelm.

Diagnostik und Therapie der sekundären Anämien und der Chlorose. („Deutsch. med. Woch.“ № 18-1924). В этом году „D. M. W.“ печатает обзор всего, что за последние годы появилось практически важного о болезнях крови. Seyderhelm не только специалист-гемато-

лог. В своем обзоре он уделяет много места клиническому течению и терапии болезней крови. Костный мозг ежедневно производит 500 - 600 миллиардов эритроцитов. Такое же количество погибает ежедневно в нормальных условиях в селезенке и печени. Вредящие моменты могут оказывать влияние в смысле активирования или угнетения, как органов кроветворения, так и органов разрушающих кровь. Обычная гипохромная анемия зависит от торможения костного мозга. Напротив, при пернициозной анемии усилена разрушающая деятельность селезенки, а костный мозг производит более богатые Hb. эритроциты. В этом случае, а также при icterus haemoliticus, в моче и особенно в кале встречаются уробилин и уробилиноген, чего не может быть при гипохромных обычных анемиях. При tbc кровь при исследовании обычно дает полиглобулию (сгущение из-за потов). Настоящие анемии наступают при tbc. кишечника. Анемия при tbc зависит не от непосредственного воздействия токсина на кровь, а от гипофункции щитовидной железы (у фтизиков, как и у миксадематиков, наблюдаются сухая кожа, вялость, брадикардия). Хлороз в чистом виде встречается в настоящее время в высокой степени редко и, как это ни странно, гораздо реже, чем пернициозная анемия. Seyderhelm в своей клинике наблюдал только 2 случая настоящего хлороза на 35 случаев перниц. анемии. Болезнь зависит от неприспособленности развивающихся яичников к выполнению функций внутр. секреции.

А. Поляк.

Prof. Otfrieg MUELLER. О возникновении круглой язвы желуда.

M. M. W. 1924 № 18.

Два фактора автор считает доминирующими при возникновении язвы желудка: 1 — местные нарушения циркуляции и 2—наличие сильно переваривающего желудочного сока. Для изучения первого фактора автор исследовал микро—и макроскопически в 50 случаях резецированные части желудка (32 язвенных и 18 карциноматозных), также производилось gastro'скопическое и капиллярно-микроскопическое исследование кожи и слизистой нижней губы. На основании своих исследований автор приходит к следующим выводам: 1—У всех исследуемых больных язвой желудка имеется дисгармония периферической сосудистой системы, которая простирается как на анатомическое строение, так на физиологические функции. 2. Эту дисгармонию можно констатировать, как на коже, так и на внутренней поверхности нижней губы и на слизистой желудка. 3. Этой дисгармонией и об'ясняется конституциональная возможность возникновения стаза в мельчайших сосудах, каковое обстоятельство способствует самоперевариванию. 4. Так как эта возможность может иметься и на таких вазоневротических участках желудка, в которых не образуется язва, то остается открытым, необходимо ли для возникновения язвы особая форма сосудистого невроза или же должны присоединиться особые экзогенные моменты, которые дают внешний повод для возникновения язвы при имеющихся уже внутренних причинах.

М. Р. Вебер.

Хирургические болезни.

Prof. R. EDEN. Возникновение, профилактика и лечение послеоперационных пневмоний.

M. M. W. № 24. 1924.

Частое возникновение послеоперационных пневмоний, несмотря на все обычные профилактические мероприятия, побудили автора к

изысканию новых средств для борьбы с этим злом. По мнению автора первичным является эксудация в слизистую бронхов и бронхиолов, которая может пройти, или через 2-3 дня присоединяется вторично инфекция, которая вовлекает в процесс и легочную ткань. К моментам вызывающим увеличенную эксудацию автор относит и влияние нервов.

Лапаротомии, при которых происходит грубое раздражение вегетативной нервной системы, особенно часто влекут за собой осложнения со стороны легких. В качестве профилактического и терапевтического средства автор применял препарат кальция, Afenil, который впрыскивался внутривенно за день до операции, а затем вторично послеоперации. Кальций per os действует слишком медленно и при том ненадежно. Afenil был применен у 240 больных с профилактической целью. Число заболеваний резко пало. В случаях заболевания процесс протекал быстро и легко. В последнем случае автор применял chininuretan интрамускулярно, что быстро купировало процесс.

М. Р. Вебер.

T. FOHL. Некоторые опыты и данные относительно консервативного лечения хирургического туберкулеза методом впрыскивания по Calot.

M. M. W. № 24 1924.

Одним из вспомогательных средств для лечения хирургического туберкулеза автор считает ин'екции по Calot. В зависимости от стремления вызвать соединительно-тканное превращение или же размягчение и расплавление туберкулезного очага применяется тот или другой раствор. В первом случае:

Rp. Ol. Alivari 70,0
Aeth. sulvur. 30,0
Kreosoti 5,0
Guajakoli 1,0
Jodoformi 10,0

Во втором случае:

Rp. Camphori naphtol 2,0
Glycerini 12,0

(свеже приготовленный)

Раствор вводится непосредственно в пораженную ткань. При закрытых гнойных абсцедирующих формах абсцесс пунктируется, высасывается часть содержимого и вводится 8-15 ccт, каждые 5-10 дней, всего 7 инекций. При сухих фунгозных формах впрыскивается второй раствор 1-2 ccт через 1-2 дня непосредственно в центрально-расположенные части фунгуса, всего 7-10 ин'екций. При фистулезных формах туберкулеза применяется паста следующего состава:

Rp. Camphor naphtol 6,0
Guajakoli 15,0
Jodoformi 20,0
Lanolini 100,0

S. 10-15 ccт каждые 5 дней

Отверстие фистулы закрывается герметически ватной пробкой.

М. Р. Вебер.

E. VOGT. Интравенозная уротропиновая терапия при задержке мочеиспускания.

M. M. W. № 23. 1924.

Недостатки катетеризации, ин'екции борного глицерина и препаратов гипофиза при послеоперационной задержке мочеиспускания привели автора к интравенозному применению уротропина. Впрыскивается в среднем 5 cст. 40% раствора, но доза может повышаться и до 10 сст. Ин'екции производятся до 3-4 раз в течение нескольких дней. На основании своих 350 случаях и литературных данных автор приходит к следующему заключению. Интравенозная уротропиновая терапия является ценным средством для лечения послеоперационной и послеродовой задержки мочеиспускания и хорошей профилактикой послеоперационных циститов. Этот способ является наилучшим при задержке мочеиспускания различнейшей этиологии.

М. Р. Вебер.

Глазные болезни.

„Schnell reifende Katarakt nach Encephalitis lethargica". Von D-r Olga Palich-Szántó, Belgrad. Klinische Monatsblätter für Augenheilkunde.

LXXII. B. (Mai-Juni).

Автор приводит случай катаракты у б-го, 29 л, который с конца сентября до начала ноября 1923 г. перенес encephalitis lethargica, сопровождавшейся повышенной температурой, сонливым состоянием, афазией, правосторонним параличем n. facialis и двусторонним птозом. Больной по наружному виду не соответствует своему возрасту: согнутая фигура, седые волосы, глубокие морщины.

Катаракта очень быстро прогрессировала: 7 янв. 1924 г. двусторонняя cataracta progrediens. Visus OD=счету пальцев на расстоянии 4 метров; Visus OS=почти 0,1. К концу марта, т. е. через 3 месяца, в правом глазу зрелая cataracta, в левом—cataracta nondum matura. Visus OD—светоощущение; Visus OS=пальцы на расстоянии 1/2 метра.

Исключив, как причину столь быстрого возникновения катаракты, диабет, тетанию, миотоническую дистрофию, наследственность и профессию,—автор считает единственным предрасполагающим моментом летаргический энцефалит, полагая, что при энцефалите в крови циркулируют токсины, которые через циллиарные отростки попадают в переднюю камеру, растворяют эпителий передней капсулы и тем самым способствуют помутнению хрусталика. Напоминая о преждевременной старости больного, автор с еще большей уверенностью говорит, что encephalitis lethargica является предрасполагающим моментом.

До сих пор случаев ранней катаракты при летаргическом энцефалите не описано.

М. Дворжец.

Д-р Р. ГЕССБЕРГ. О современном положении оперативного лечения заболеваний слезного мешка.

(Klin. Monatsbl. f. Augenheilk. Май—июнь 1924 г.).

В настоящий момент практикуются три метода хирургического лечения слезного мешка:

1. Удаление слезного мешка, самый старый метод и единственно практикуемый до 1904 года.
2. Операция *Тоти* с 1904 года.
3. Операция *Вест-Поляка*.

Преимущество операции удаления слезного мешка следующее: 1) быстрое и надежное удаление источника гноя; 2) надежное и быстрое очищение кон'юнктивального мешка от гноя; 3) легкость выполнения операции.

Недостатки удаления слезного мешка: 1) нарушение нормального отведения слез через слезной мешок в нос и 2) хроническое слезотечение с его последствиями.

Достоинство операций *Тоти*, *Вест-Поляка*—сохранение и восстановление нормального слезоотека (90% благоприятных результатов).

Недостатки их: операции продолжительны, сложны и требуют большого хирургического умения. Сводятся операции *Тоти* и *Вест-Поляка* к удалению куска кости области Fossae lacrimalis, прорезу соответствующей части слизистой носа и прилегающей стенки слезного мешка и к сшиванию слизистой носа со слизистой мешка.

Автор, оценивая указанные моменты, приходит к заключению, что удаление слезного мешка, как недостигающее главной цели, а именно сохранения и восстановления нормального слезоотека, надлежит делать лишь тогда, когда требуется быстрое удаление источника гноя и очищение кон'юнктивального мешка от него, или когда операции *Тоти* или *Веста* не выполнимы, как-то: при туберкулезном, люэтическом или прочих заболеваниях слизистой и кости носа.

Во всех прочих случаях следует оперировать по *Тоти* или *Весту*, причем операция *Веста* в виду сложности ее выполнения—дело ринолога, операция же *Тоти* дело окулиста и может быть им усвоена.

Автор еще подробно останавливается на технике операции *Тоти*.

Д-р Д. Кантор.

Д-р ПИЛЛАТ. К вопросу о пневмококовом воспалении глаз новорожденных.

(Klin. Monatsbl f. Augenheilk. Май—июнь 1924 г.).

Автор цитирует 4 случая, где доказано по Линдерсу, что пневмококки являлись возбудителями офтальмии новорожденного. Эти случаи являются принципиально важными, ибо доказывают, что пневмококки являются возбудителями офтальмии новорожденных в то время, как до сих пор, в качестве фактических возбудителей означенного воспаления можно было рассматривать лишь гонококки и Провацевские тельца. При этой оценке автор исходит из взгляда Линдерса, а именно: что лишь те микроорганизмы могут быть рассматриваемы, как возбудители заболеваний глаз, если проростают на живых эпителиальных клетках глаз; обнаруженные же лишь при помощи культур, или в секрете микроорганизмы в этиологическом отношении играют второстепенную роль. Указания *Моракса*, *Гаспарини* и *Аксенфельда* о наличии пневмококков у новорожденного относятся именно к культурам или секрету, а потому абсолютного этиологического значения не имеют.

Вызванная пневмококками офтальмия новорожденных протекает большей частью в виде легкого гнойного кон'юнктивита, иногда же в виде тяжелой формы гнойного кон'юнктивита, клинически не отличающейся от офтальмии новорожденного, вызванной гонококками. Наступает болезнь на второй день после рождения, или позже. Прогноз болезни всегда благоприятный. Кредэизирование не предотвращает заболевания; являются ли родильные пути источником заразы—маловероятно.

Д-р Д. Кантор.

Д-р ГЕЛЕМБОЛЬД. Новый метод лечения Ulcus Serpens.

Протокол заседания союза окулистов Восточной и Западной Пруссии.

(Zeitschr. für Angenheilk. Август 1922 г.).

Гелембольд, делая краткий обзор методов лечения Ulcus serpens'a, а именно тепло и свето-лечения, медикаментозное лечение, лечение сывороткой, а также операции по *Земишу* и *Кунту*, указывает, что каждое из этих средств имеет свои преимущества в отношении отдельных случаев, но ни одно из них не абсолютно надежно: теплота, улучшая питание роговицы, содействует одновременно росту бактерий, медикаментозное и свето-лечение, уничтожая бактерии, одновременно вредят ткани роговицы; оперативное лечение увеличивает остающийся рубец.

Иначе по мнению *Гелембольда* обстоит при применении его метода лечения, а именно льда. Лед с одной стороны понижает вирулентность бактерий, с другой стороны повышает лимфатическую деятельность роговицы и пролиферативную деятельность эпителиальных клеток ее. Проводится лечение следующим образом: глаз анестезируется, маленький кусочек льда при помощи пинцета прикладывается под легким давлением в течение 2-3 минут к язве. Больной при этом находится в горизонтальном положении, веки удерживаются векорасширителем. После применения льда впускается атропин и на глаз накладывается повязка. Повторное применение льда через 1—2 дня. *Гелембольд* применял это лечение в двух типичных случаях, язвы очистились в 3—4 дня и быстро зарубцевались.

Д-р Д. Кантор.

Д-р К. ГАМБУРГЕР. „Экспериментальная глаукомотерапия" (Medizin. Klinik. Sept. 1923 г.) и „К новому методу лечения глаукомы" (Monatsblätter für Augenheilkunde, Январь—февраль 1924 г.).

Новый метод лечения сводится к подкон'юнктивальному вспрыскиванию вблизи роговицы 0,2,—0,5 куб. см. супраренина [synthet. hydrochlor. der Höchster Farbwerke („S. R.")], после анестезирования глаза и впускания одной-двух капель „S. R". в кон'юнктивальный мешок для сужения сосудов. Следует остерегаться попасть при вспрыскивании непосредственно в какой нибудь сосуд, ибо тогда может наступить коллапс.

Действие подкон'юнктивальных вспрыскиваний „S. R." следующее. Через 3—5 минут начинается мидриас, при чем он достигает таких размеров, что иногда радужки не видно. Внутриглазное давление здорового глаза начинает сразу после ин'екции падать, глаз принимает кашицеобразную консистенцию и это состояние может продолжаться несколько дней. Внутриглазное давление хронически глаукоматозных глаз в большинстве случаев также понижается после вспрыскивания „S. R." или непосредственно или спустя быстропроходящее незначительное повышение внутриглазного давления. Давление в 50 понижается до 20 м. м., и ин'екциями „S. R." раз в две недели можно достигнуть, что давление в хронически глаукоматозных глазах держится на высоте 25—30 м. м. Эзерин усиливает действие „S. R." ин'екции. Часто, но не

всегда, ин'екция „S. R.“ вызывает понижение давления и в другом глазу, который не подвергался вспрыскиванию. Иногда, все-же непосредственно, или на следующий день после ин'екции „S. R.“, наступает острый глаукоматозный припадок. Семь таких случаев известны автору, но все они прекратились под действием миотических средств, не вынуждая оперативного вмешательства.

Многократное впускание Эзерина 1—2 часа после „S. R.“ ин'екции предотвращает наступление вышеуказанного острого глаукоматического припадка.

При острой глаукоме (glaucoma acutum) ин'екции помогают лишь в виде исключения.

Понижение давления глаукоматозного глаза при мидриазе не стоит в соответствии с общепринятой фильтрационной теорией глаукомы Лебера, что является для автора новым аргументом против Леберовской теории, ярым противником которой он является. Действие „S. R.“ ин'екции автор об'ясняет следующим образом.

Этиология глаукомы разнообразна, в основе ее может, по мнению автора, лежать также ослабление симпатикуса, следствием чего получается атония сосудов всего увеального тракта и переполнение его кровью, и этот, обозначенный автором „увеальный Corpus cavernosus“, давит кругом на содержимое глаза и повышает его внутреннее давление.

„S. R.“ ин'екции раздражает симпатикус, восстанавливает тонус сосудов, выжимает кровь из сосудистой включительно цилиарное тело и радужку, и давление падает. Что „S. R.“ не понижает внутриглазного давления при острой глаукоме автор склонен об'яснить тем, что острая глаукома, возможно, вызвана набуханием стекловидного тела, на что впервые указал Martin H. Fischer.

Цель автора, как можно больше ограничить сомнительное оперативное лечение глаукомы, прибегнуть к которому, по мнению автора, следует лишь, если „S. R.“ ин'екции не помогают.

Что касается индикации для „S. R.“ ин'екций, то она показана, когда миотические средства не помогают.

Д-р Д. **Кантор.**

С‘езд здравотделов и п/отделов рабочей медицины

6—7 октября 1924 г.

На с‘езде были заслушаны следующие доклады:

1, „Основные задачи здравоохранения и перспективы на 1924/25 г.“ тов. Барсуков.

2. „Практическое построение бюджета и сеть лечебно-санитарных учреждений“—тов. Зеликсон.

3. „Центральные сметы НКЗ“—тов. Гиткин.

4. „Рабмеды и органы здравоохранения“—тов. Альперович.

5. „Охрана материнства и младенчества и охрана здоровья детей“ т. т. Фалкина и Эйнгорн.

6. „Аптечное дело“—тов. Вольфсон.

7. „Работа Белмедторга“—тов. Пузевский.

8. „Санитарная статистика“—тов. Смулевич.

Как видно из самой повестки дня, с‘езд проходил под знаком практичности и деловитости, обсуждению подвергались лишь вопросы, имеющие глубокое актуальное значение для повседневной работы ближайшего будущего. В частности с‘ездом уделено много внимания пересмотру лечебной сети во всех округах Белоруссии. С этой целью с‘езд разделился на три комиссии, под председательством товарищей Казанской—зав. профилактическим отделом, Израелита—зав. административно-организационным отделом и Дихтяра—зав. лечебным отделом. Работа этих комиссий, как фактический материал, легла в основу доклада тов. Зеликсона, в котором был сделан анализ всей деятельности органов здравоохранения и даны основные директивы для практического разрешения всех вопросов, возникающих в связи с осуществлением принятых с‘ездом постановлений. Несомненно, что работа с‘езда будет иметь весьма важное значение для будущего строительства здравоохранения в Белоруссии.

Принципы этого строительства, выдвинутые Наркомом тов. Барсуковым, будут проведены в жизнь, если местные работники неуклонно будут руководствоваться постановлениями с‘езда.

[illegible]ия по докладу Наркома здравоохранения тов. Барсукова.

Заслушав доклад тов. Барсукова, с‘езд здравотделов считает вполне своевременным пересмотреть сеть медико-санитарных организаций на территории Белоруссии применительно к бытовым условиям населения, особенно в связи с районированием.

Одновременно с‘езд ставит во главу угла работы органов здравоохранения—борьбу с социальными болезнями (сифилис, туберкулез, трахома и фавус) и выдвигает как необходимую и неотложную задачу в деле раскрепощения работницы организацию учреждений по охмат-

младу и оздравдету, подчеркивая особенно значение физического воспитания подрастающего поколения.

В целях улучшения обслуживания населения, особенно крестьян, с'езд считает своевременным и правильным организацию аптечного дела на паевых началах—об'единения всеаптечного дела в один орган на паевых началах.

Резолюция по докладу тов. Зеликсона.

Заслушав отчетный доклад НКЗ за период с 8-III—8-X-1924 г., 1-й с'езд здравотделов укрупненной Белоруссии констатирует, что НКЗ'дравом проделана большая работа в области:

1. Установления нормальных взаимоотношений между органами здравоохранения и органами Соцстраха;

2. Упорядочения работы ВКК;

3. Выделения окрздравов из состава отд. благоустройства и предоставления им полной самостоятельности и связанных с этим прав.

4. Принятия мер к введению единообразных форм отчетности и статистики в лечебно-санитарных учреждениях;

5. Создания единого руководства работы органов здравоохранения старой и новой Белоруссии и связи периферии с центром, путем установления живой связи и тесного контакта. С'езд находит, что достигнутые в этих областях успехи обеспечивают возможность планового строительства с учетом индивидуальных особенностей того или иного Округа.

Наряду с организационными достижениями с'езд учитывает, в связи с новым районированием, возможность отрыва Окрздравов от районных медико-санитарных ячеек и поэтому подчеркивает необходимость организации сансоветов на местах, которые являлись бы не только связующим звеном между Окрздравом и районным мед.-сан. учреждениями, но и основным базисом для работы как санитарной организации, так и для диспансерных методов работы на участках.

В области построения самой сети медико-санитарных учреждений с'езд полностью соглашается с выводами, сделанными НКЗ в результате изучения постановки медико-санитарного дела в республике.

Выводы эти диктуют необходимость:

1. Принять меры к укомплектованию санорганизаций на местах соответствующим кадром работников.

2. Учитывая чрезвычайно тяжелое состояние бюджета на текущий год, пересмотреть медико-санитарную сеть, с целью оставления лишь тех жизнеспособных пунктов, которые могли бы вести нормальную работу по обслуживанию трудового населения бесплатной квалифицированной медпомощью. Закрытие учреждений может последовать лишь с санкции НКЗ.

С'езд одобряет принципиальную линию НКЗ по расширению акушерской помощи в сельских местностях.

С'езд считает, что лишь при твердом неуклонном проведении в жизнь указанных принципов строительства здравоохранения на местах, будет достигнуты поднятие авторитета советской медицины и популярность медико-санитарных учреждений в глазах населения.

В виду явной недостаточности сети профилактических учреждений, С'езд считает необходимым поставить себе практической задачей на ближайшее время организацию хотя бы в окружных центрах специальных туберкулезных и венерологических отделений, трахоматозных изоляторов, как основных элементов в борьбе с социальными болезнями.

Признавая большим достижением организацию в ближайшее время диспансеров в шести округах, с'езд призывает Окрздравы к ведению широкой общественной подготовительной работы, на базе которой

могли бы с первых дней существования проводиться в жизнь основные принципы тубдиспансеров.

Тубячейки и соцсоветы должны лечь в основу организационно-общественной работы диспансеров.

Констатируя тяжелое состояние психпомощи в республике, с'езд находит необходимым стремиться к организации на местах трудовых колоний, способствуя этим разгрузке психлечучреждений и частично, разрешая вопрос о психпомощи в республике и вменить в обязанность участковых врачей вести учет психбольных и оказывать им соответствующую психпомощь.

В целях улучшения постановки медико-санитарного дела на местах, задачами Окрздравов являются: децентрализация лечучреждений с пересмотром и подбором кадра подходящих административных лиц, строгая экономия средств вообще и медикаментозных средств в частности.

Учитывая, что одним из ударных лозунгов в республике в настоящий момент является лозунг поднятия производительности труда— участие Окрздравов в проведении этого лозунга должно выразиться в обращении самого серьезного внимания на работу ВКК, бюро врачебной экспертизы и статистику застрахованных.

Резолюция по докладу тов. Пузевского.

Заслушав доклад тов. Пузевского с'езд, признавая в общем удовлетворительность проделанной работы, отмечает оживление в аптечном деле и некоторое достижение в экономическом укреплении Белмедторга.

Одновременно с этим с'езд констатирует перебои в медснабженческом деле.

С'езд окрздравов, считая целесообразным организацию единого аптечного центра в виде белорусского фармацевтического управления при НКЗ на паевых началах, пайщиками которого являются все окрздравы, поручает Наркомздраву законодательно оформить это учреждение.

С'езд считает необходимым до созыва пайщиков выделить временное правление белорусского фармацевтического управления под председательством Наркома в составе т. т. Израелита, Синицына, Нисенбаума и Меклера и ревизионную комиссию Каган, Бимло и Гофмейстер.

Задачей правления должно являться:

а) скорейшее законодательное оформление аптечного центра;

б) общее руководство и организация административного и торгового аппарата;

в) подготовка к созыву с'езда пайщиков.

Тезисы по докладу лечебного отдела.

(К с'езду Окрздравов БССР 5-го октября 1924 года).

1. В количественном отношении лечебная сеть Белоруссии характеризуется следующими признаками: крайней недостаточной обеспеченностью сельских местностей по сравнению с городами в отношении медпомощи, разнообразием построения лечебной сети в разных местах Белоруссии и общим недостатком квалифицированной помощи (коечной и специальной).

2. Задача лечебной медицины сводится к восстановлению потерянной трудоспособности, что создает тесную связь между ней и профилактическими мероприятиями. Поэтому рациональная постановка лечебного дела имеет существенное влияние на поднятие производительности труда.

3. В Белоруссии, где крупной промышленности нет и вся культурно-хозяйственная жизнь базируется на благополучии деревни, во всей совокупности медико-санитарных мероприятий, в частности, при организации лечебного дела, интересы села должны иметь основное значение.

4. Для правильного построения сельской медицины необходимо прежде всего определенное территориальное разграничение участковой сети. Так как административное районирование не может разрешить этот вопрос, на очереди должна стоять организация нормальных участков на основе природных, экономических, культурных и бытовых признаков соответствующих районов. Числовые нормы, выработанные опытом земства—10-ти верстный радиус, 10.000 населения, 2 общих, 0,8 заразных и 0,5 родильных коек на 1000 населения—могут иметь значение лишь ориентировочных данных для конечных достижений.

5. В каждом медицинском участке—желательно в топографическом центре—должна быть врачебная амбулатория или больница, настолько хорошо оборудованные и снабжаемые, чтобы они могли обеспечить население квалифицированной и бесплатной медпомощью. На территории участка могут быть подсобные фельдшерские пункты, работающие под непосредственным и систематическим руководством и контролем центрального участкового учреждения. В каждом административном районе по крайней мере один участок должен быть больничным. Нужды застрахованных в сельских местностях должны удовлетворяться путем приближения участковых центров к местам их скопления, а в случае необходимости, организации дополнительных медпунктов.

6. Пред'являемые требования к медучастку выдвигает необходимость пересмотра всех участковых учреждений, особенно в уездах, где имеется очень много фельдшерских пунктов или недостаточная коечная помощь. В основу такого пересмотра должен быть положен принцип оставления только вполне жизнеспособных учреждений, в случае необходимости, хотя бы в полусвернутом состоянии. Следует категорически признать нецелесообразность, а иногда и вредность замены лекпома врачем без соответствующих об'ективных условий врачебной деятельности: оборудование инструментария, достаточного персонала.

7. Так как медикаментозное снабжение при современных условиях играет весьма видную роль в состоянии обращаемости болеющего крестьянства и в виду того, что этот вопрос может быть удовлетворительно разрешен только в общебелорусском масштабе, необходимо провести в жизнь об'единение аптечного дела в фармуправлении, основная цель которого заключается в снабжении наших учреждений медикаментами и медицинским имуществом и в обеспечении населения доступной лекарственной помощью вне наших учреждений.

8. В медицинском участке должна быть сосредоточена борьба с социальными болезнями и детской смертностью. Организация обследовательской и патронажной работы, установление специальных консультационных приемов в участковых учреждениях должны стать ближайшей нашей целью.

9. Все общесанитарные мероприятия в сельских местностях—благоустройство колодцев, жилищное строительство, наблюдение за школами, распространение гигиенических знаний среди населения должны проводиться медицинским участком, причем в основу работы необходимо положить правильную постановку статистики как деятельности самого участкового учреждения, так и общесанитарной профилактической работы участкового персонала.

10. В соответствии с теми ответственными задачами, которые стоят перед медучастками, персонал должен быть достаточно квалифицирован и в достаточном количестве. Переподготовка среднего пер-

сонала, усовершенствование участковых врачей должна стать одной из очередных задач НКЗ. В виду многообразия участковых функций следует поставить на очередь назначение вторых врачей в участке.

11. Основное значение для успешной деятельности медучастков, особенно в связи с переходом на районные бюджеты, имеют теснейшую согласованность с местными советскими, профессиональными и партийными организациями и связь со школами и избами-читальнями. Этот контакт должен быть установлен там, где его нет, и укреплен— где он недостаточно прочен.

12. Недостаточность акушерской помощи в Белоруссии является одной из причин распространения женских болезней и ранней инвалидности крестьянок. Поэтому расширение этого вида помощи приобретает социальное значение. Необходимо добиваться, чтобы, помимо врачебных, в каждом фельдшерском пункте была и акушерка, чтобы в каждой участковой больнице было родильное отделение, а в более специализированных лечебных заведениях достаточное число акушерско-гинекологических коек.

13. Организация специальной помощи в соответствующих больницах, по преимуществу, окружных городах, является составной частью во всей системе сельской медицины. При построении городской медицинской сети необходимо руководствоваться принципом организации тех видов помощи, которые соответствуют типу заболеваемости в данной местности, считаясь с преимущественными интересами застрахованных. Главное внимание должно быть уделено коечной помощи, как основе квалифицированной лечебной организации и наиболее слабо поставленной в Белоруссии.

14. Городские амбулатории должны строиться на основе специализации медицинской работы, а в крупных городах по принципу амбулаторных об'единений: пункты первой помощи на предприятиях и амбулатории упрощенного типа, как подсобные учреждения при высоко квалифицированных крупных амбулаториях. Районная помощь в городах должна строиться на основе районирования, а в мелких—для нее должны выделяться специальные врачи посещения на дому. Необходимо в более или менее больших городах организовать институт скорой помощи.

15. Так как в борьбе с социальными болезнями весьма важное значение имеет лечение и госпитализация больных, то необходимо приступить к организации специальных туберкулезных и венерологических больниц, на первое время хотя бы с минимальным числом коек, или к увеличению имеющегося уже количества их. Эти больницы должны быть связаны с диспансерами или должны применять диспансерные методы работы.

16. В области борьбы с фавусом необходимо добиться организации рентгено-терапии в имеющихся в Белоруссии рентгено-кабинетах (Минск, Витебск, Бобруйск, Полоцк, Могилев), с прикреплением к ним соседних округов и оборудования рентгено-кабинета в одном из отдаленных округов Белоруссии. НКЗ должен принять все меры к выполнению этой задачи.

17. В виду распространения заболеваний злокачественными новообразованиями и волчанкой, следует признать актуальной задачей НКЗ открытие в течение наступающего года института глубокой рентгенотерапии, организацию светолечения (Финзен); весьма важно содействие организациии физио-терапии в тех местах, где это представляется возможным.

18. Для борьбы с трахомой наиболее целесообразным на ближайшее время следует считать открытие трахоматозных изоляторов-общежитий, по крайней мере в каждом окружном городе, где имеются глаз-

ные амбулатории и больница. В местах отсутствия таковых необходимо стремиться к организации глазной помощи.

19. Вопрос о психпомощи, находящейся в крайне тяжелом положении, может быть разрешен лишь при участии мест в организации призрения нервно-психических больных. Необходимо поэтому стать на путь организации патронажа и окружных психиатрических колоний, для чего следует использовать имеющиеся уже у Здравотделов совхозы и добиться получения таковых.

20. Связь между участками и городскими учреждениями, между учреждениями разного типа, как и между различными участковыми пунктами должна быть налажена и предусмотрена специальными положениями. Поэтому крайне важно проведение в жизнь положения об участковой медицине и выработка специальных положений, норм и правил внутреннего распорядка в лечучреждениях, что должно стать одной из основных задач лечебного отдела НКЗ.

21. Для успешного достижения восстановления трудоспособности существенное значение имеет правильная постановка контроля и экспертизы. Поэтому необходимо особое внимание уделить нормальной работе ВКК и РБВЭ и ЦБВЭ. Предоставление отпусков и определение потери трудоспособности, направление на спецлечение и в дома отдыха, отбор курортных и санаторных больных должно быть сосредоточено в органах Здравоохранения. Необходимо установить контакт в работе ВКК и БВЭ, периодически созывать совещания врачей, обслуживающих застрахованных, по вопросам предоставления отпусков и выдачи больничных листков, возложить на органы контроля и экспертизы обязанность наблюдения за исполнением врачебных предписаний больными.

22. Работа органов контроля и экспертизы может и должна иметь значение в борьбе с физическим несоответствием рабочих выполняемым ими функциям на производствах, что может в значительной степени содействовать повышению общей производительности труда. В этом отношении необходимо предпринять изучение заболеваемости по материалам страхорганов и ВКК, для каковой цели должна быть создана специальная комиссия из представителей НКЗ и УСС для руководства этой систематической рабоой.

23. Производственный план протезной мастерской должен предусмотреть полное удовлетворение нужд в протезах, как инвалидов войны, так и застрахованных, в особенности в первую очередь тех из них, протезирование которых возвращает им трудоспособность.

24. В отношении организации зубпомощи необходимо добиваться сосредоточения зубной помощи в общелечебных учреждениях, повышения квалификации зубврачей, организации одонтологической кафедры при БГУ, организации передвижных зубкабинетов в сельских местностях и устройства профессиональной зубтехнической школы.

25. Непременным условием правильной постановки дела здравоохранения вообще и лечебной медицины в частности является участие самого трудового населения в медико-санитарном строительстве. Поэтому организация сантроек, санитарных советов, участковых, районных и окружных, привлечение комитетов взаимопомощи, систематический созыв рабочих совещаний, руководство работой административно-хозяйственных совещаний являются первоочередными задачами органов Здравоохранения.

Тезисы к докладу: организация санитарного дела в республике и его перспективы.

1. Зачаточная (за весьма немногим исключением) форма санитарной организации в Белоруссии, построенная по типу не земских губер-

ний, носящая характер придаточной к лечебной медицине и выявляемая врачами—лечебниками, слабо заинтересованными в санитарной деятельности и не имеющими достаточной квалификации в этом отношении, не могла фактически сдвинуть с мертвой точки вопроса проведения в жизнь принципов профилактической медицины.

2. Почти повсеместное сокращение кредитов в сметах окружных Здравотделов на санитарное дело, отсутствие узаконенных норм штатов санработников и соответствующих учреждений вполне ясно говорит о том, что предупредительная медицина и санитарное строительство занимают далеко не первенствующее место среди прочих мероприятий здравотделов и не являются центром деятельности охраны здоровья на местах.

3. Создание кадра санработников, обеспечение прожиточным минимом, декретирование санитарных органов республики, с соответствующим финансированием профилактических мероприятий есть та основная база, без которой санитарное строительство не получит реального осуществления.

Конкретной формой развития санитарной деятельности в дальнейшем является выполнение следующих положений:

а) разработка сети противоэпидемических и санитарных учреждений на территории республики, установив очередность и срок их выполнения, начиная с 1924—25 бюджетного года;

б) укомплектование штатов окружных здравотделов специалистами-санработниками, путем подготовки соответствующего кадра через организацию при НКЗБел. курсов для санитарных врачей. При чем от типа всеоб'емлющего санитарного врача необходим переход к подготовке и выделению специалистов по определенной отрасли санитарного дела (коммунальников, пищевиков и т. д.);

в) разработка обязательных санитарных постановлений по специальным отраслям как в области текущего санитарного надзора, так и в отношении предупредительной санитарной работы, а равным образом и по борьбе с заразными болезнями;

г) декретирование и осуществление обязательного оспопрививания в республике, разработав детальный план (на текущий бюджетный год) по ликвидации не привитых до 1925 года;

д) разработка плана борьбы с эпидемиями (на основе изучения эпидемичности края), главным образом, тифами, детскими инфекциями и малярией;

е) динспансеризация, как основная мера борьбы с социальными болезнями;

ж) перенесение санитарных мероприятий на сельские местности по вопросам, касающимся, главным образом, санитарного благоустройства, использовав в этих целях сансоветы (районные, участковые и сельские) и уделив особое внимание вопросам санпросвета на деревне, форма проведения которого должна быть тесно связана с повседневной практической жизнью села;

з) в руководстве и инструктировании местных здравотделов, помимо связи через доклады и информации, первенствуещее место должно занять участие в непосредственной плановой работе мест, периодические выезды инспекции не только в округа, но и районы.

Тезисы по докладу: санитарная статистика Белоруссии и ее задачи.

1. Отсутствие земства в Белоруссии (старой) больше всего отразилось на постановке статистического дела—в виде отсутствия статистики заболеваемости—характернейшего плода деятельности земской медицины.

2. Война империалистическая и гражданская в связи с пограничностью положения разрушили до конца имевшиеся зачатки медстатистики в виде карточной регистрации туберкулеза и сифилиса и в 1923 г. в старой Белоруссии статистики даже в смысле периодической отчетности не было.

3. К моменту укрупнения Белоруссии дело статистического учета было налажено, введена однообразная форма, урегулированы сроки донесений и уточнена верность их.

4. Укрупнение Белоруссии больше всего отразилось на статистике, как на наиболее чувствительной ко всякого рода изменениям области. После укрупнения появилось 4 совершенно разнообразных форм отчетности сроков донесений из 4 частей разных губерний.

5. Эти недочеты в главнейшем устранены, введена единообразная форма отчетности, урегулированы сроки донесений и введено специальное руководство статистическим п‘отделом.

Задачи статистики в укрупненной Белоруссии:

6. Статистика, как метод массового наблюдения является основной предпосылкой плановой общественной работы.

7. Подобно тому, как клиническая медицина пользуется для распознания болезней клинической диагностикой—общественная медицина руководится „санитарной диагностикой“ в виде медицинской статистики.

8. Только хорошая диагностика позволяет успешное лечение. Санитарно-статистическое изучение населения, условий его жизни и труда является предпосылкой плановой и оздоровительной деятельности органов здравоохранения.

9. Только всестороннее изучение медицинской сети и ее деятельности (обращаемость населения в связи с расстоянием, возрастом, характером болезни, социальным положением, качеством помощи и т. д. позволит планомерное и целесообразное обеспечение населения медицинской помощью.

10. Осью и исходным пунктом всей санитарно-статистической деятельности является изучение санитарного состояния самого населения, которое методологически укладывается: в статистику заболеваемости, естественного движения и физического развития населения.

11. Единственно правильный и целесообразный метод собирания сведений на местах—сплошная карточная система регистрации. Она является важнейшей основой статистического изучения населения и сети.

12. Сплошная карточная система и частичная регистрация первичных заболеваний и повторных. Понятие „первичных“.

13. Индивидуальная карточка и ее практическое значение для целей лечебно-диагностической работы врача.

14. Статистическая деятельность вводит в практику врача элемент социального высшего порядка.

15. Необходимость координации деятельности статистического п‘отдела НКЗ с другими отделами и с ЦСУ создает потребность общего руководящего центра в виде центральной санитарно-статистической деятельности.

Тезисы по докладу охраны здоровья детей и подростков.

(К с‘езду Здравоотделов БССР 6-го октября 1924 года).

1. Основной задачей охраны здоровья детей и подростков является:

I. Улучшение типа подрастающего поколения и подготовка детей к ожидающим их социальным функциям.

II. Борьба с имеющимися среди детей болезненными проявлениями. Школьная санитария есть при этом один из пунктов работы, но не занимает в ней доминирующего положения.

2. Задачи, стояще перед Оздравдетом смогут быть осуществлены, если каждое учреждение для детей и все организованное детство подростков, будет находиться под врачебным наблюдением и контролем.

К пункту 1-му.

3. Физкультура получила в последнее время в центре широкое теоретическое и практическое развитие и становится чрезвычайно важным моментом в деле улучшения расы (социальной евгеники). Широкое развитие физкультуры на местах значительно подвинула вперед разрешение основных проблем охраны здоровья детей и подростков. Физкультура дожна быть введена во всех детучреждениях и организованных детских группах, проводиться под наблюдением врачей по охране здоровья детей и подростков. Необходима также систематическая подготовка врачей оздравдета, педагогов, и рабочей молодежи в физкультуре и периодическая переподготовка всех практических работников.

4. Для правильной постановки физкультуры и учета ее действия, необходимо систематическое изучение ребенка и подростка и влияющих на них личных и социальных факторов. Этим определяется организация и постановка дела в детамбулаториях, которые должны постепенно превратиться в профилактические амбулатории, соединяя лечебную работу с обследовательско-профилактической.

5. Обслуживание профшкол, школ фабзавуча и ученических бригад должно включить, кроме общих моментов школьно-санитарного надзора, изучение трудовых процессов, влияния их на подрастающий организм, усиленную постановку и наблюдение за физкультурой в профшколах с обращением особого внимания на коррегирующие упражнения, ознакомление обслуживающего врача с производством и т. д. Для этого необходимо по возможности в более крупных пунктах с количеством работающих подростков более 300—выделить для обслуживания профшкол отдельного врача.

6. Пионердвижение, об'единившее за короткое время 20.000 пролетарских детей, потребует особенного внимания врачей по охране здоровья детей. Оно должно выразиться в врачебно-профилактическом обслуживании пионеров, санитарном наблюдении за их клубами и работой, изучения через пионерорганизации вопроса о перегрузке детей и подростков. Последний вопрос чрезвычайно важный, так как хроническое переутомление подрастающего поколения всякого рода занятиями: школьными, клубными, общественными и др. угрожает свести к нулю всю работу по профилактике подрастающего поколения.

7. Проведенный в текущем году поголовный медицинский осмотр всех работающих подростков дал чрезвычайно интересный материал по быту и условиям жизни подростков и их физического состояния. Обработка этого материала стоит в плане нашей работы. Кроме того, необходимо с'организовать целый ряд обследований жизни и работы подростков в связи с профессиональной деятельностью.

К пункту 2-му.

8. Большое распространение туберкулеза среди детей нашего края вызывает необходимость обратить самое серьезное внимание на это явление. В существующих диспансерах усилить работу среди детей, организовав специальные детские приемы, связать работу по охране здоровья детей и тубсоветами.

9. Борьба с фавусом приобретает за последнее время для Белоруссии особое значение, благодаря возможности усилить эту работу в значительной мере. В текущем году будут установлены еще 2-3 рентгено-терапевтических кабинета в Минске, Могилеве и т. д.

10. Явление детской беспризорности должно привлекать внимание всех работников по охране здоровья детей и подростков, которое выявится активным участием в борьбе с детской беспризорностью и участием в комиссиях о несовершеннолетних.

11. Наша работа, как и вся профилактическая работа, становится особенно ценной не отдельным достижением в том или ином случае, а исключительно совместной плановой работой всех об'единенных общим интересом и согласованных в своей работе организаций.

Точное и однородное ведение учета работы и периодические с'езды всех работников необходимы для этой работы.

К пункту 3-му.

В работе физкультуры нужно повсюду связаться в советами физкультуры на местах.

Тезисы по докладу: ближайшие задачи по охране материнства и младенчества.

(К с'езду Окрздравов БССР 5-го октября 1924 года).

1. Впервые перед укрупненной Белоруссией, с введением единого бюджета, стоит вопрос об единой плановой работе по Охматмладу.

2. Основной линией охраны материнства и младенчества на предстоящий период должны явиться углубление работы существующих учреждений и расширение сети открытых учреждений, как-то: консультаций, с молочными кухнями, и ясель, которые действительно осуществляют реально раскрепощение женщины-работницы и крестьянки и также играют главную роль в деле борьбы с детской смертностью.

3. Наша задача-борьба с детской смертностью не может быть разрешена, если мы работу Охматмлада не перенесем в деревню. Новое районирование (деление на округа, последних на районы и сельсоветы) даст возможность приблизить работу Охматмлада к широким массам трудящихся и привлечь их к активной работе в этой области через организованные районные и участковые санитарные советы. При районных и участковых санитарных советах должны быть организованы секции по охране материнства и младенчества, куда входят: врач, патронажная сестра или акушерка, представитель женотдела или вол'ячейки, которые должны проводить в жизнь культурно-просветительную работу, борьбу с подпольными абортами.

4. Сейчас, когда медучастки укрепляются перед ними стоит выполнение профилактических задач, охрана материнства и младенчества должна занять там одно из основных мест.

Но в настоящий момент отсутствие средств, недостаточность подготовленного персонала не дает возможности организовать широкую сеть консультаций в деревне. Ознакомление участковых врачей с вопросами охраны материнства и младенчества на с'ездах и снабжение их соответствующей литературой, командировки в центр для ознакомления с учреждениями Охматмлада (с работой их)—даст возможность иметь на участках врачей, знакомых с нашей работой.

При наличии таковых врачей на участках и с введением в штаты патронажных сестер возможно будет выделить особые дни в неделю для приема грудных детей, а также проведения культурно-просветительной работы.

Этот метод работы положит начало планово-организованной работе по охране материнства и младенчества.

5. Кампания летних яслей в деревне в этом году прошла сравнительно успешно. По Белоруссии организованы 14 летних сельских яслей.

Организация летних яслей, попрежнему, считается насущной задачей охраны материнства и младенчества. В дальнейшем необходимо вносить в сметы за счет местных средств содержание их.

6. Следует обратить особое внимание на правильную постановку родовспоможения в деревне: сохранить родильные отделения и также добиться открытия их в тех участковых больницах, где таковые не имеются; иметь достаточное количество квалифицированных акушерок; дать возможность действительно приблизить акушерскую помощь к сельскому населению.

7. Одной из главных задач, стоящих перед охраной материнства и младенчества—это подготовка квалифицированного персонала. Недостаточное количество врачей и среднего персонала, знакомых с работой по охране материнства и младенчества, тормозит развитие наших учреждений. Перед Наркомздравом стоит вопрос об организации института по охране материнства и младенчества, посредством которого возможна будет подготовка достаточного количества персонала для Белоруссии.

8. Поставленные задачи не могут быть выполнены при отсутствии заинтересованного работника в округах, поэтому наша задача укрепить аппарат введением одного инструктора по Охматмладу, который сможет продвинуть работу.

9. Финансовая база учреждений Охматмлада все еще остается непрочной. Для правильного функционирования учреждений, необходимо выделить определенный процент из общих смет здравотделов на охрану материнства и младенчества. Также необходимо зафиксировать определенный процент из фонда „Г“ на те учреждения, которые обслуживают застрахованных, как-то: консультации, ясли, дома матери и ребенка.

10. После второго Всероссийского совещания по Охматмладу, во многих губерниях был поднят вопрос о натурализации пособий кормящим матерям и по уходу за детьми через консультации, что даст действительную помощь и матери и ребенку. Кроме того передача этих пособий консультациям даст возможность сблизить охрану материнства и младенчества с широкими массами застрахованных. Существующие до сих пор выдачи страхкассами считать нерационально использованными, так как они идут не по назначению и приводят лишь к распылению средств.

Тезисы по докладу о медпомощи застрахованным.

(К с'езду Окрздравотдела БССР 5-го октября 1924 года).

Организационные вопросы.

1. Рабмед и отделения на местах никакой самостоятельной и параллельной работы в НКЗ и Окрздравотделах не ведут, а участвуют в разработке планов и положений по организации медпомощи в части касающейся застрахованных, ставя задачей максимальное обеспечение их интересов.

2. Рабмеды, возбуждая в порядке своей инициативы вопросы организации медпомощи застрахованным, передают это для конкретной разработки соответствующим отделам НКЗ и инспектурам Окрздравотделов, согласовывая все это с профессиональными и страховыми организациями.

3. Разногласия, возникающие в процессе работы по тем или иным положениям между Здравотделом и Рабмедом, должны разре-

шаться соглашением выше стоящих проф. страхорганов и органов здравоохранения.

Примечание. Спорные вопросы, касающиеся открытия новых учреждений или закрытия существующих уже не проводятся в жизнь до разрешения их центром. Все остальные вопросы Здравотделов проводятся в жизнь.

4. Все распоряжения местных, профессиональных, страховых организаций и Здраворганов, противоречащие директивам Рабмеда Лечотдела НКЗ не выполняется.

Вопросы связи.

5. Помимо рабочих троек Рабмеда для разрешения важных вопросов должны периодически созываться рабочие совещания (из представителей Окрпрофсоветов, Окрстрахкассы и крупных производственных союзов). Рабочие тройки и совещания являются при Рабмеде совещательными органами.

6. Для популяризации работы в области медпомощи застрахованным и с целью вовлечения к активности широких рабочих масс, необходимо:

а) обратить внимание на проведение периодических докладов по рабочей медицине на общих собраниях союза и крупных предприятий;

б) установить широкую информацию застрахованных о местах и порядке получения медпомощи;

в) регулярно освещать свою работу в периодической прессе, обратив внимание на использование для этого журнала „Белорусская Медицинская Мысль“;

г) обратить особенное внимание на своевременное представленае докладов по своей работе и аккуратное своевременное заполнение статистических форм.

Бюджетные вопросы.

7. Фонд „Г“ нужно рассматривать, как источник улучшения медсанобслуживания застрахованных, избегая принципа содержания каких-бы то ни было учреждений или частей за счет исключительно фонда „Г“.

8. Фонд „Г“ принимает участие в улучшении всех видов медсанобслуживания застрахованных, за исключением психиатрической помощи и борьбы с эпидемиями и выдается учреждениям, обслуживающим не менее 40 проц. застрахованных в Минске и Витебске и 30 проц. общего количества больных в мелких городах. Процент распределения фонда „Г“ по отдельным видам определяется Рабмедом и Окрздравом в начале бюджетного года, исходя из количества застрахованных в учреждениях и важности того или иного вида для них. Внутреннее расположение дотации в учреждениях по отраслям расходов устанавливается в таком же порядке, как и определение процента.

Примечание. Процент дотации к зарплате должен быть всюду одинаков.

9. Дотация остальным учреждениям может быть выдана единовременно в исключительных случаях с согласованием каждой выдачи с Рабмедом НКЗ.

Первая помощь.

10. Стремиться к урегулированию оказания первой помощи на фабрично-заводских пунктах, улучшая квалификацию ее.

Амбулаторная помощь.

11. Обратить особое внимание на порядок прохождения больных, опрощая систему регистрации, доводя затрату времени на это до минимума.

12. Работа Рабмедов должна проводиться в плоскости улучшения работы общих амбулаторий и выделения амбулаторий для исключительного обслуживания застрахованных там, где это возможно.

13. Обеспечить полностью в работе амбулаторий интересы активных застрахованных, вводя вечерние приемы с обеспечением всеми видами квалифицированной помощи.

14. Стремиться в работе к нормальной нагрузке врачей, обеспечивая этим детальный осмотр больных застрахованных.

15. Проводить систематические (периодические) совещания врачей, обслуживающих застрахованных для обсуждения вопросов, состояния медпомощи и урегулирования неправильных выдач бюллетеней и отпусков.

16. Стремиться к сокращению работ в Центральных Амбулаториях Минска и Витебска созданием ряда районных пунктов первой помощи, введением порядка приемов в Ц. А. только через пункты. Создание пунктов должно производиться за счет сметы центральных амбулаторий.

Медикаментозная помощь.

17. Обратить внимание на точное соблюдение норм каталога, обеспечив застрахованным на селе полной возможностью получения медикаментов по каталогу.

18. С целью удешевления медикаментозной помощи следить за тем, чтобы мелкие отпуска застрахованным проводились в аптеках по ручной продаже. Обратить внимание на первоочередность и быстроту отпуска медикаментов застрахованным.

Районная помощь.

19. Медпомощь на дому в крупных городах должна быть районирована. Для этой работы должны быть выделены специальные врачи, должен быть организован Институт консультантов-специалистов с вызовами последних исключительно лечащими врачами.

20. Необходимо обеспечить возможность своевременного и правильного направления больных на дому в стационары.

21. Медпомощь на дому необходимо обеспечить вспомогательным персоналом.

Контроль и экспертиза.

22. Усилить внимание на правильное предоставление отпусков ВКК, приспособить время и порядок работы ВКК—нуждам застрахованных, обратить внимание на организацию и укрепление районных ВКК, усилить контроль за выполнением больными назначений комиссий и правильного использования отпусков.

23. В работе бюро врачебной экспертизы обратить внимание на своевременность перевода в инвалиды труда рабочих со стойкой утратой трудоспособности.

Протезирование.

24. Необходимо тщательное соблюдение положения о протезировании застрахованных, наладить деятельность рабочих комиссий. Выданным протезам должен вестись точный учет, что может быть достигнуто ведением протезных книжек.

25. Необходимо наладить возможность снабжения застрахованных зубными протезами на местах.

Коечная помощь.

26. Застрахованные должны быть обеспечены коечной помощью прежде всего и лучше других, для чего необходимо выделение рабочих коек из числа общегражданских там, где нет больниц исключительно для застрахованных.

Спецлечение.

27. Урегулировать вопрос размещения приезжающих в минские учреждения иногородных больных. Усилить внимание к порядку неправильности направления больных в лечучреждения центральных городов БССР.

Большое число приездов исключительно для производства исследований выдвигает необходимость в создании на местах химико-бактериологических кабинетов.

Медпомощь застрахованных вне городов.

28. Вопрос организации медпомощи вне городов разрешается в зависимости от территориального распределения застрахованных по районам. В мелких пунктах застрахованные должны пользоваться медпомощью в первую очередь, при чем медикаменты должны отпускаться им по каталогу. Оказание спецлечения должно производиться в округах с обеспечением расходов по поездке за счет окружных фондов.

Профболезни.

29. В области борьбы с профессиональной заболеваемостью, рабмеды должны принять активное участие:

а) в ведении систематических обследований условий труда на производстве;

б) в периодических медицинских освидетельствованиях работников производства;

в) в систематическом изучении по материалам страховых касс, лечзаведений, ВКК заболеваемости, возникающей в связи с условиями данного производства с целью выявления практических мероприятий по борьбе с профвредностями и профзаболеваниями.

Задачи рабмеда НКЗ.

30. Отделы Наркомздрава при разработке тех или иных мероприятий, касающихся застрахованных, согласовывают это с рабмедом.

31. Кроме участия в работе лечотдела НКЗ, Рабмед устанавливает регулярное посещение мест, в целях живого инструктирования и обследования постановки работы на местах; ведает регулированием вопросов спецлечения застрахованных, участвует в организации протезной помощи, в улучшении и расширении работы мастерских, в организации туберкулезных санаторий и в улучшении работы в имеющихся санаториях.

Тезисы по докладу: организация аптечного дела в укрупненной Белоруссии.

(К с'езду Окрздравов БССР от 5-го октября 1924 г.).

1. Переход аптечного дела на хозяйственный расчет в результате своего $2^1/_2$ годичного существования себя вполне оправдал, как первый этап к укреплению аптечного дела и подведению прочного материального базиса к его дальнейшему существованию. Вместе с тем, благодаря стихийному возникновению хозаптечных предприятий на местах, применительно к местным условиям и возможностям, создалось много мелких хозединиц, работающих самостоятельно без единого плана.

2. Отсутствие единого плана и руководства неизбежно приводит к распылению средств, к излишним накладным расходам по содержанию аппарата управления и к параллелизму в деле медицинского снабжения, раздробленного на множество отдельных областей, как-то: торговля медикаментами, платное лекарственное обслуживание, обслуживание застрахованных, обслуживание сельского населения. Эта раздробленность ведет к тому, что бесплатное снабжение, особенно, сельских местностей значительно хромает, вследствие неправильного торгового уклона, за счет планового снабжения.

3. Распыленность и неоформленность юридической сущности отдельных мелких хозединиц создает путаницу во взаимоотношениях заинтересованными органами и неправильный взгляд на аптеку, как на рядовое торговое учреждение. Отсюда вытекает урывание значительных сумм из хозяйственных фондов аптек финотделами с одной стороны и здравотделами—с другой, что ведет к расшатыванию основного материального базиса.

4. Одновременно с переводом всех городских аптек Белоруссии на хозрасчет, мелкие, местечковые и сельские аптеки, кои являлись для государства убыточными, сданы были в аренду частным лицам. Арендные аптеки в большинстве себя не оправдали, т. к., преследуя интересы личной наживы, они превращаются из типа лечучреждений в обыкновенную лавку, подрывая тем самым авторитет аптеки. Взятый НКЗ курс на огосударствление аптек всей аптечной сети не может быть осуществлен силами мест; в виду недостаточности оборотных средств.

5. Для устранения вышеуказанных ненормальностей, в целях правильной организации удешевления медикаментозного снабжения всех лечсанучреждений, необходим единый план работы и единый руководящий орган, для чего при Наркомздраве организуется „фармацевтическое управление", в ведение коего переходит все аптечное дело на территории Белоруссии.

6. Фармацевтическое управление является самостоятельной хозяйственной единицей, действующей на началах коммерческого расчета, пользующейся правами юридического лица и несущей самостоятельно ответственность по своим обязательствам в пределах состоящего в его распоряжении имущества.

7. В целях обеспечения за каждым здравотделом его основного фонда, Фармаправление организуется на началах паевого товарищества, в которое на правах акционеров входят НКЗ и все окружные здравотделы.

8. В ведение Фармаправления Белоруссии переходят: Белмедторг НКЗ с его подсобными предприятиями, все хозаптеки и другие хозаптечные предприятия, находящиеся на территории Белоруссии.

9. Каждый окрздравотдел к моменту об'единения (к началу нового бюджетного года) производит точный учет всего основного и оборотного капитала, подведомственного ему аптекоуправления, на основе чего фиксируется соответствующее паевое участие в Фармаправлении.

Примечание. Учет производится особой инструкцией НКЗ.

10. В целях правильного учета работы каждого предприятия, входящего в об'единение, в основу организации кладется принцип максимальной децентрализации на началах хозяйственной самостоятельности каждого заведующего первичным предприятием.

11. Фармаправление берет на себя заботу о медицинском снабжении всех лечебно-санитарных учреждений и обслуживание застрахованных рабочих и служащих по особому договору с окрздравотделами, исходя из фактической себестоимости.

12. Для правильного снабжения лечучреждений в каждом окружном городе учреждается оптово-розничный магазин аптекарских товаров, являющийся базой Фармаправления и находящийся в ведении его уполномоченного.

13. Для улучшения дела бесплатного снабжения медикаментами сельских местностей, Фармаправление отпускает каждому здравотделу бесплатно (за свой счет) медикаменты в размере 5% наличного оборота аптек, находящихся на территории данного округа.

14. Одновременно для упорядочения в целом постановки аптечного дела в сельских местностях, Фармаправление приступает к полному огосударствлению всей аптечной сети в Белоруссии.

15. Центральное управление состоит из 3-5 лиц, назначенных Наркомздравом, согласовано с окрздравотделами и утверждается ЭКОСО Белоруссии. На местах при каждом окрздравотделе назначается уполномоченный Фармаправления, ведающий аптечным делом данного округа.

16. Фармаправление функционирует согласно положения о трестах и устава, имеющего быть утвержденным ЭКОСО Белоруссии.

Тезисы по докладу административно-организационного отдела НКЗ. Бел.

(К с'езду Окрздравотделов БССР 5/X—1924 г.).

1. С выделением органов здравоохранения из общих отделов Исполкома структура последних в настоящее время оформляется по принципу полной самостоятельности Окружных Отделов Здравоохранения.

2. Самостоятельность Окрздравотделов дает возможность расширить и углубить работу на местах с выявлением инициативы и твердости руководителей медико-санитарной организации в округах.

3. Установление твердых штатов и включение в штаты Здравотделов соответствующего кадра работников по линии профилактической медицины (как-то—санитарных врачей, школьно-санитарных врачей, завед. профилактической частью), за отсутствием которых в 1923/24 г. не представлялось возможным проявить в этой области никакой работы, обязывает в настоящее время зав. Окрздравотделами проявить максимум энергии в деле поднятия санитарных и санитарно-профилактических условий быта населения. В настоящее время мы вплотную подошли к строго установленным штатам, как для адм: аппаратов (утвержд. штаты Совнаркомом от 8/VIII с. г.), так и для подведомственных лечебно-санитарных учреждений. Зав. Окрздравами должны принять все меры к тому, чтобы эти штаты не подвергались урезке, а таковые случаи отмечены по Полоцкому, Слуцкому и др. Здравотделам.

4. На 1924/25 г. впервые имеется бюджет, хотя далеко отстающий от тех цифр, каковые нам необходимы для работы, все же мы подходим в наступающем году к более реальной смете, которая даст нам возможность, укладываясь в рамки соответствующих статей расходов, строго провести децентрализацию средств по учреждениям.

5. Для того, чтобы наша работа была более продуктивна, мы должны иметь для этого мощный фундамент, а таковым фундаментом послужит нам связь с массами, связь с деревней—деятельность медперсонала должна начаться с организации низовых санитарных ячеек при сельсоветах (сантройки).

6. Врач участка должен взять на себя непосредственное руководство низовыми, первичными санитарными ячейками, связывая их с

районными; районные надлежит в своей деятельности тесно связать с имеющимися на местах организациями, как общественными, так и партийными, профессиональными и советскими.

7. Большим тормазом в работе является отсутствие точных сведений, а главное изучения работников административных аппаратов, поэтому необходимо усилить учет таковых, дабы возможно более рационально использовать работников с административным опытом в медико-санитарных учреждениях. В круг деятельности учета адмработников должна войти и задача по усилению кадра таковых, по выдвижению имеющихся на ответственную работу в области здравоохранения. Переброски административных работников чрезвычайно вредно отражаются на правильной и планомерной работе и к снятию таковых необходимо относиться крайне осторожно, производя переброски лишь в исключительных случаях.

8. В связи с районированием необходимо произвести по всем округам учет и перерегистрацию медперсонала, причем стремиться к возможному упрощению формы учета и перерегистрации. Данные учета и перерегистрации, должны послужить основным материалом для составления списка медперсонала по Белоруссии, а потому все данные об изменениях в составе медперсонала округов должны быть своевременно представляемы в адм. орг. отдел НКЗ.

9. Необходима самая энергичная борьба со знахарством и шарлатанством, получившим значительное развитие, особенно в условиях участковой обстановки. Борьба эта должна вестись, главным образом, по линии улучшения лечебной помощи, широкого развития санитарно-просветительной работы, а также по линии административного контроля и принятия мер к недопущению незаконного врачевания. Проведенная ранее перерегистрация медперсонала обнаружила лиц, исполнявших обязанности врачей, но не имеющих законченного медицинского образования. Эту работу нельзя считать законченной и ее необходимо продолжать.

10. Из состоящих на службе фельдшеров, фельдшериц-акушерок, сестер милосердия-одна треть ротных лекпомов, акушерская же помощь часто оказывается, так называемыми повивальными бабками 2-го разряда, сестры милосердия зачастую имеют лишь краткосрочную подготовку и такой упадок квалифицированной помощи, особенно на селе, создает благоприятные условия для распространения на деревне фельдшеризма, а поэтому необходимо усилить работу по замене ротных фельдшеров школьными, сестер милосердия и акушерок краткосрочных курсов- медперсоналом нормальных выпусков, проводя эту замену безболезненно, путем перевода заменяемого персонала на должности соответствующие их квалификации (санитарные и административно-хозяйственные). Усилить работу по замещению пустующих врачебных участков и замене фельдшерских участков врачебными.

11. С целью поднятия квалифицированной помощи на селе считать необходимым периодическую посылку участковых врачей в научные командировки и эти командировки в наших условиях должны сделаться явлением бытовым. В задачу научной командировки участковых врачей должно входить не только клиническое усовершенствование, но также и обязательное знакомство с задачами и методами работы профилактических учреждений: консультаций, диспансеров-венерических, туберкулезных и т. д.

12. Одним из методов повышения квалификации и втягивания медработников в общественно-научную работу является организация регулярных совещаний участкового персонала, на которых должны обсуждаться как доклады клинического характера, так и организационные вопросы санитарно-профилактической работы.

13. В план деятельности окрздравотделов в текущем году включить периодические совещания заведующих лечебно - санитарными учреждениями как города, так и уезда, на коих должен разрабатываться план деятельности мест и здесь же даваться периодические отчеты.

14. Признавая совместительство в лечебно- санитарных учреждениях принципиально нежелательным, но, принимая во внимание недостаток квалифицированных медработников, категорическое запрещение всяких совместительство считать пока преждевременным, нецелесообразным за исключением санитарных врачей. В зависимости от местных условий они могут допускаться с разрешения окрздравотделов, союза и органов труда.

15. Констатируя слабую связь НКЗ. Бел. с союзными Наркоматами, считать необходимым таковую связь усилить путем систематических посылок имеющихся в НКЗ материалов о деятельности последнего, и спрашивая таковой же материал от союзных Наркоматов. Наладить информормационную связь с заграничными организациями по здравоохранению путем посылок им своих изданий на взаимный обмен, а также стремиться к установлению личной связи путем взаимного представительства на научный и научно-общественный с'езд.

16. Издаваемый НКЗ научно-общественный журнал „Белорусская Медицинская Мысль" считать большим достижением. Принять меры к привлечению к данной работе медработников на селе, с каковой целью открыть в журнале отдел по вопросам сельской медицины и тем самым на страницах данного журнала будет освещаться жизнь и деятельность участков.

Научное общество Минских врачей

VIII заседание общества было посвящено исключительно отчетам врачей *Мангейма и Иргера* о последнем хирургическом с'езде в Москве, происходившем 3—10 мая сего года.

В IX заседании научного общ. Минских врачей *д-р Червяков* сделал доклад: О миграции нематод и о патолого-анатомических изменениях, вызываемых ими в организме (из пат.-анат. института проф. И. Т. Титова).

Главные положения доклада: необычайно громадный рост глистных инвазий в годы войны и после нее. Нематоды или их личинки могут локализоваться во всех органах и тканях человеческого организма; доказана также возможность инвазии Ascaris lumbr. через кожу. Требуется внимательное и серьезное отношение к изучению гельминтофауны человека, что даст возможность выяснить патогенез многих, для нас еще неясных, заболеваний внутр. органов и откроет перспективу борьбы с ними.

Во время прений *проф. Эльберт* сообщил, что в его институте также заинтересованы этим вопросом. Интересны наблюдения о появлении иммунных тел в сыворотке при гельминтиазе. Собирается материал, кроме того, о распространении глистных заболеваний у детей г. Минска.

Д-р Чарно интересуется вопросом, не происходит-ли, благодаря особым условиям, мутация нематод в том смысле, что безвредные приобретают патогенный характер.

Докладчик отмечает, что в литературе таких указаний не имеется.

Врачи Роховский, Столяров и Сутин: Малярия на Припяти и притоках.

(Из Белорус. Пастер Ин-та. Директ., проф. Б. Я. Эльберт). Доклад напечатан в этом №-ре.

Прения: *Д-р Тургель* спрашивает, не наблюдали-ли докладчики там случаев malariae larvatae, которых в этой местности очень много.

Докладчик: этих случаев они не регистрировали и вообще они поголовного обследования не делали.

Д-р Дворжец обращает внимание на установленный факт, что степень развития эпидемии обратно пропорциональна количеству домашнего скота, имеющемуся в данном районе. Появление эпидемии малярии после войны об'ясняется обеднением населения, выражающимся, между прочим, и в малом количестве скота.

Докладчики на это возражают, что они об этом упомянули в своем докладе. Возможно, что комары предпочитают кровь скота, но, по мнению Марциновского, разведение скота не спасает от малярии.

Д-р Писемский удивляется, почему вспышка эпидемии была весной, в то время, как вторая генерация комаров появилась в июле.

Докладчик настаивает на роли разлива рек, как главном факторе в развитии эпидемии. Чем дальше удалялись от реки, тем меньше заболеваний наблюдали.

Проф. Титов считает недостаточным для борьбы с малярией одно применение хинина. Необходима систематическая борьба. И нам нужно

подумать об этом в связи с возвращением из Туркестана в наш край большого количества демобилизованных красноармейцев.

Д-р Ситерман сделал сообщение о случае первичной саркомы легкого у 28-летней женщины (из клиники проф. С. М. Мелких). Диагноз был поставлен при жизни больной и при аутопсии он подтвердился.

Д-р Савельзон сообщила о результатах вскрытия этой больной и демонстрировала макро и микроскопические препараты легкого.

Во время прений некоторые врачи сообщили о случаях первичной злокачеств. опухоли легких, которые они наблюдали, указывали, что некоторые случаи протекают при повыш. или субфребрильной T°, что при перкуссии притупление переходит на другую половину грудной клетки, что этиологией часто служит засорение легких пылью.

Проф. Рубашев рекомендует таких больных направлять к хирургу. Хотя результаты оперативного вмешательства неутешительны, попытки необходимы.

Проф. Мелких: к сожалению, ни терапевт, ни хирург, ни рентгенолог не в состоянии диагностицировать это заболевание в той стадии, когда нож хирурга мог бы принести пользу. Диагностика саркомы легка тогда, когда операция уже бесполезна.

После ответа докладчика на сделанные ему возражения, *Проф. Титов* указывает, что существовала теория, по которой раздражение механическими и химическими агентами вызывает образование злокачеств. опухолей. Так, находили связь между запылением легких у горнорабочих в кабальтовых рудниках и нахождением у них сравнительно большого количества злокачеств. опухолей легких. Но для этого у нас нет достаточных данных. Выдвинутая затем инфекционная теория также потеряла под собою почву. Оперативное вмешательство давало до сих пор плачевные результаты. Нож хирурга мог бы спасти больного лишь тогда, когда у него имеется лишь ограниченный узел. Поэтому прав проф. Мелких: нам нужно научиться рано диагностицировать эту стадию болезни.

Секретарь **М. Поляк.**

Научные заседания.

9 октября 1924 г., в фак. хир. клинике состоялась открытая конференция врачей клиники. Зачитаны были следующие доклады:

Д-р Борухин—о пневмококковых перитонитах.

Д-р Перельман—о хирургии симпатической нервной системы. Докладчик изложил современное состояние вопроса по данным литературы и поделился опытом клиники. Демонстрировались оперированные больные.

Д-р Вебер—случай острого холецистита вызванного паратифом B. Докладчик отметил сравнительную редкость заболевания вызванного данным возбудителем.

Д-р Пузырийский—о повторных операциях на желудке. Дело шло о двух больных, оперированных повторно по поводу язвы Iejunum'а и одного по поводу с'ужения анастомоза.

Д-р Бабук—о паранефритах. Докладчик привел данные литературы и сообщил клиническое течение у больных оперированных по поводу фиброзно-склерозированного паранефрита.

В прениях принимали участие проф. Мелких, Соколовский, Эльберт, д-ра Мангейм, Иргер и др.

Д-р Вебер.

Оглавление.

